

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -
U. E. R. SUD-OUEST

Année 1972 - N° 138

**CONTRIBUTION A L'ETUDE CLINIQUE
D'UN NEUROLEPTIQUE RETARD
EN PRATIQUE PSYCHIATRIQUE :
LE DECANOATE DE FLUPHENAZINE**

THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 5 Juillet 1972

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Christine COMBRICHON

née le 3 Janvier 1946

à GRANDRIS (Rhône)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552625_0027

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -
U. E. R. SUD-OUEST

Année 1972 - N°

**CONTRIBUTION A L'ETUDE CLINIQUE
D'UN NEUROLEPTIQUE RETARD
EN PRATIQUE PSYCHIATRIQUE :
LE DECANOATE DE FLUPHENAZINE**

THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 5 Juillet 1972

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Christine COMBRICHON

née le 3 Janvier 1946

à GRANDRIS (Rhône)

U. E. R. MEDICALE LYON SUD OUEST

U N I V E R S I T E C L A U D E B E R N A R D

=====

- Président de l'Université : J. BOIDIN

- Premier Vice-Président : R. TOURAINÉ

- Secrétaire Général : M. IZAUTE

Unités d'Enseignement et de Recherche de l'Université Médecine

Grange Blanche - Directeur : Professeur GERMAIN D.

Alexis Carrel - Directeur : Professeur GIROD C.

Sud Ouest - Directeur : Professeur TOLOT L.F.

Lyon Nord - Directeur : Professeur BERTOYE A.

Biologie Humaine - Directeur : Docteur CZYBA R. (Maître de Conférences Agrégé)

Techniques de Réadaptation - Directeur : Professeur MOUNIER KUHN P.

Sciences Pharmaceutiques - Directeur : Mr CARRAZ M. (Maître de conférences Agrégé)

Sciences odontologiques - Directeur : Docteur R. VINCENT

Institut Régional d'Education Physique et Sportive - Directeur :
Professeur R. GUILLET

Mathématiques - Directeur : Doyen BRACONNIER

Physique - Directeur : Professeur DUPAY

Chimie et Biochimie - Directeur : Professeur GAUTHERON

Sciences de la Nature - Directeur : Professeur DAVID L.

Biodynamique et Psychopédagogie - Directeur : Professeur CHANEL J.

Institut universitaire de technologie N° 2 - Directeur : Professeur
FEUVRAIS L.

Institut Universitaire de technologie N° 2 - Directeur : Professeur
GALLET, Directeur ENSAM

Observatoire - Directeur : Professeur BIGAY J. H.

Physique nucléaire - Directeur : Professeur SARRAZIN A.

UNIVERSITE CLAUDE - BERNARD

U. E. R. LYON SUD-OUEST

=====

Liste du personnel enseignant de l'Unité

Professeurs titulaires, professeurs à titre personnel

M. BRUN Jacques	clinique pneumo-phtisiologique
M. GIRARD Paul	clinique neuro-psychiatrique et d'hygiène mentale
M. GUILLEMIN Georges	clinique chirurgicale
M. LATARJET Michel	clinique chirurgicale
M. NOTTER Armand	clinique obstétrique
M. PLAUCHU Marcel	endocrinologie et médecine interne
M. ROBERT Jacques	chaire de génétique médicale
M. TOLOT François	médecine interne - médecine du travail
M. VACHON Alphonse	clinique médicale - maladies app. digestif
M. VINCENT Daniel	chaire de biochimie appliquée

Professeurs sans chaire

M. COLOMB Daniel	dermatologie
M. MORET Robert	biophysique
M. NORMAND Jean	cardiologie
M. PINET Edouard	radiologie
M. VIALLIER-RAYNARD Jean	bactériologie-virologie

UNIVERSITE CLAUDE - BERNARD

U. E. R. LYON SUD-OUEST

=====

Maîtres de conférences agrégé

M. ARCHIMBAUD Jean-Pierre	Urologie
Mme BONNET Mireille	Ophtalmologie
MM. BOUVIER Maurice	Rhumatologie
BRAILLON Georges	Anatomie
BERTRAND Jean-Louis	Maladies infectieuses
CABANAC Michel	Physiologie
CROISILLE Marc	Radiologie
DUBOIS Paul	Histologie
GILLY Robert	Pédiatrie
HAGUENAUER Jean-Paul	O. R. L.
JEANNEROD Marc	Médecine expérimentale
JOUVENCEAUX André	Hémobiologie
LAIR Jacques	Stomatologie
LAPRAS Claude	Neuro-chirurgie
LEVRAT Roger	Médecine interne
LOMBARD-PLATET Roger	Sémiologie chirurgicale
LOUISOT Pierre	Biochimie
MICHEL Albert	Anesthésiologie
MOLLARD Pierre	Chirurgie infantile
PALIARD Pierre	Sémiologie médicale
PERRIN-FAYOLLE Max	Pneumo-phtisiologie
REBOUILLAT Jacques	Chirurgie générale
REVILLARD Jean-Pierre	Néphrologie
RIFFAT Georges	Hygiène
ROCHET Michel	Anatomie Pathologique
ROMAGNY Gabriel	Pédiatrie
SITE Jean	Mathématiques - statistiques- informatique
TERMET Hubert	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
TETE Roger	Médecine interne

A MES PARENTS

Qu'ils trouvent ici l'expression de ma reconnaissance
et de mon affection.

A ANNY

L'authenticité et la qualité des liens fraternels qu'elle
me fait vivre sont pour moi une source continuelle d'é-
panouissement.

A ALAIN ET MARGARETH

A VERONIQUE, LAURE, ETIENNE

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

Leur présence est pour moi source de joies et d'enrichis-
sement.

A MES COLLEGUES D'INTERNAT

Pour l'amitié et l'aide qu'ils m'apportent.

A MADAME JACQUELINE MOULIN

Pour l'aide sympathique dont elle a fait preuve pour la
réalisation pratique de notre travail.

A MONSIEUR PAGON

Nos remerciements pour les moyens qu'il a mis à notre
disposition.

A TOUT LE PERSONNEL SOIGNANT ET ADMINISTRATIF DE L'HOPITAL PSYCHIATRI-
QUE DE SAINT-JEAN-DE-DIEU.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur GIRARD.

Professeur de clinique neuro-psychiatrique et d'hygiène
mentale :

Nous tenons à lui exprimer toute notre gratitude pour
l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider cette
thèse.

En témoignage de notre reconnaissance et de notre respectueuse
admiration.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOTAT

Sa finesse d'esprit, son talent pédagogique nous aident
à évoluer dans l'étude de notre spécialité.

Qu'il trouve ici l'expression de notre profond respect.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FREDERICH

Nous avons pu apprécier la simplicité et l'amabilité de
son accueil,

Nous le remercions très vivement d'avoir accepté de faire
partie de notre jury.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VEDRINNE

Pour la sympathie qu'il nous a témoigné en acceptant de
faire partie de notre jury.

Qu'il trouve ici l'assurance de notre gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VIGNAT

Nos remerciements pour l'approche psychiatrique et institutionnelle qu'il nous a fait connaître dans le cadre de son service.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CARRIER

Nous lui sommes reconnaissante d'avoir mis à notre disposition son service pour la réalisation de notre travail.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MESTRALLET

C'est dans son service que nous avons pris notre premier contact avec l'hôpital psychiatrique. Nous lui sommes reconnaissante d'avoir su nous encourager dans cette voie.

CHAPITRE I : INTRODUCTION

La découverte des neuroleptiques retard marque une étape nouvelle dans l'évolution thérapeutique en psychiatrie.

Depuis la commercialisation du Largactil en 1953 une quantité considérable de médications psycholeptiques, dérivées de la phénothiazine furent élaborées apportant chacune des propriétés thérapeutiques plus spécifiques. Les travaux de l'école du Pr Jean DELAY ont montré l'intérêt et la valeur thérapeutique des neuroleptiques dans le traitement des psychoses aiguës et chroniques.

L'apport des neuroleptiques à action prolongée est apparu comme l'acquisition la plus intéressante de ces quatre dernières années en matière de psychopharmacologie. Tant sur le plan de la continuité des soins, du caractère peu contraignant des traitements d'entretien, que sur le plan de la commodité de l'organisation du système de soins psychiatriques intra et extra hospitalier. Parallèlement à travers ce type de prescription retard un nouveau mode de relation psychothérapique apparaît.

Le Décanoate de fluphénazine que nous avons préférentiellement prescrit en vue de notre travail est un neuroleptique majeur dérivé trifluorométhylé et pipéraziné de la phénothiazine possédant les propriétés de la fluphénazine, à savoir propriétés antipsychotique antidissociative, antiautistique, propriétés renforcées par des propriétés stimulantes : hormoanaleptique, antiathymormique. Mais la physionomie de ce neuroleptique retard est bien différente en ce qui concerne les effets secondaires, exceptionnels et de correction beaucoup plus facile : les troubles neurologiques sont le plus souvent tardifs et consistent essentiellement en troubles parkinsonniens.

Notre travail n'a pas de prétention scientifique mais a pour objet une minime contribution thérapeutique. Après avoir fait un rappel des propriétés particulières de la fluphénazine et de ses formes retard, l'oneanthate et le décanoate, notre étude s'est attachée à montrer le champ d'action du décanoate dans le domaine hospitalier et la pratique de secteur. Parallèlement il nous a paru important d'analyser l'aspect phénoménologique de la prescription d'une forme retard, d'en étudier son intérêt et ses limites.

CHAPITRE II : ETUDE PHARMACODYNAMIQUE

I - La FLUPHENAZINE

Synthétisée aux U. S. A. où les premiers essais cliniques furent effectués en 1959 par DARLING, la fluphénazine a fait l'objet de nombreux travaux en France depuis 1961.

A - Caractères physico-chimiques.

Sa forme orale est représentée par le dichlorhydrate de fluphénazine. Il s'agit d'un dérivé phénotiazinique fluoré et pipéraziné qui répond à la formule suivante :

Dichlorhydrate de [(hydroxy - 2 éthyl) - 4 pipérazinyl 1 - 3 propyl] - 10 trifluorométhyl - 2 phénotiazine.



Selon la classification de REVOL et LAMBERT, la fluphénazine appartient au groupe des neuroleptiques incisifs. Elle reste donc un neuroleptique de droite qui a trouvé sa place entre prochlophénazine (Tementil) et thiopropérazine (Majeptil).

Il s'agit d'une poudre cristalline blanche et inodore à goût d'éther.

Son point de fusion se situe entre 238° et 239°. Elle est soluble dans l'eau et se révèle très sensible à la lumière, cela nécessite sa conservation à l'obscurité.

B - Etude toxicologique et pharmacologique :

a) toxicité aigüe: La DL chez la souris est de 90 mg/kg par voie intrapéritonéale. Le syndrome toxique est caractérisé par un état dépressif évoluant vers un coma léthargique qui entraîne la mort.

b) toxicité chronique : la toxicité chronique a été étudiée chez le rat par voie digestive. Une administration journalière de 2 mg/ Kg pendant 6 mois ne provoque que des modifications transitoires du comportement et du pelage mais jamais de mortalité. A 4 mg/kg on obtient chez le chien et le chat une diminution de l'activité motrice, un vieillissement précoce et un arrêt de la courbe de poids, phénomène réversible après l'arrêt du traitement. L'hémogramme, les données des examens microscopiques de divers organes ne subissent aucune modification significative.

Le rapport d'expertise déposé par le professeur MERCIER de Marseille mentionne par ailleurs :

1) l'action neuroplégique :

La fluphénazine diminue l'activité motrice spontanée de la souris et du rat ; elle exerce une action catatonisante, rend les animaux indifférents à des stimulus conditionnés, supprime leurs réactions émotives, potentialise l'activité des hypnotiques et des analgésiques.

2) l'action tranquillisante :

La fluphénazine influence peu l'hyperactivité psychomotrice et les troubles du comportement provoqués par la morphine chez le rat. Chez la souris par contre, l'action tranquillisante est importante à des doses vingt fois plus faibles que la dose catatonisante. L'effet antagoniste de la fluphénazine sur l'action excito-motrice de l'amphétamine chez le rat est remarquable.

3) les modifications cardio-vasculaires et respiratoires chez le chien :

La fluphénazine est modérément tachycardisante et n'exerce une action hypotensive manifeste et durable qu'à doses assez fortes. L'effet dépresseur respiratoire peu important se traduit par une augmentation de la fréquence en phase hypotensive. Elle n'est pas α -adrénolytique, faiblement sympatholytique et vagolytique. La fluphénazine est dépourvue de propriétés ganglioplégiques.

4) l'action sur les activités électroencéphalographiques spontanées et les excitabilités réticulaires et corticales :

L'action de la fluphénazine sur l'activité électroencéphalographique se traduit par la synchronisation de l'électrogénèse corticale par dépression du système activateur réticulaire. L'excitabilité corticale n'est pas diminuée par la fluphénazine qui n'exerce pas d'action anticonvulsivante.

5) l'action protectrice vis-à-vis des vomissements provoqués par l'apomorphine chez le singe :

L'action antiémétique de la fluphénazine est puissante. A la dose de 0,005 mg/kg le nombre de vomissements est réduit de 30 %.

C - Indications thérapeutiques - posologie - présentation - mode d'administration

La fluphénazine peut être considérée comme un neuroleptique à large spectre, puisqu'elle exerce selon les doses employées une action tranquillissante (jusqu'à 20 mg), une action sédatrice antidépressive (de 20 à 250 mg) et une action antipsychotique incisive (de 250 à 300 mg). Commercialisée en France sous le nom de Moditen le dichlorhydrate de fluphénazine peut être administré par voie orale (comprimés et solution) et par voie parentérale en injection intramusculaire.

D) Les effets secondaires :

"Il n'y a pas d'effets secondaires mais une action sur l'organisme tout entier" affirme KOUPERNIK au colloque sur les effets secondaires des neuroleptiques en Juin 1969 à Versailles, et il est vrai que dans la définition même des neuroleptiques proposée par J. DELAY, figurent comme critère d'activité à la fois des effets primaires, action sur l'agitation et action réductrice des troubles mentaux, mais aussi les effets neurologiques extra-pyramidaux auxquels s'en ajoutent d'autres que nous essayons de décrire dans ce chapitre. Ils se voient aussi bien au cours des traitements à la Fluphénazine qu'avec d'autres neuroleptiques.

I) les signes neurologiques et neuro-végétatifs :

a) le syndrome akinétique, se traduit par une réduction de la mimique, une lenteur de la parole, une marche guindée avec diminution du balancement des bras. A l'extrême, et cela n'arrive que très rarement il y a perte totale d'initiative, désintérêt, aboulie contrastant avec l'action désinhibitrice habituelle de la Fluphénazine.

Le syndrome akinétique est une manifestation précoce et fréquente, bien qu'il paraisse moins important que celui déterminé par certains autres neuroleptiques.

b) le syndrome akinéto-hypertonique ou syndrome parkinsonien est caractérisé par une hypertonie d'intensité variable qui accompagne l'akinésie, ils s'y ajoutent tremblements, démarche à petits pas, roue dentée. Ce syndrome est extrêmement fréquent.

c) le syndrome dyskinéto-hypertonique se voit fréquemment. Il s'agira de dysarthries assez légères, de mouvements de mâchonnements ou de succion, de dyskinésies pharyngées avec gêne de la déglutition, de contractures des muscles du cou ou des masséters. Les dyskinésies provoquées par la Fluphénazine sont d'intensité moyenne et facilement réductibles.

d) le tremblement provoqué par la fluphénazine n'est pas un tremblement parkinsonien de repos, isolé et typique, mais un tremblement mixte, de repos et d'action, difficilement corrigible.

e) le syndrome parestheso-parakinétique est fait de paresthésies, de fourmillements, de courbatures, de sensation de tremblement intérieur, d'impatiences, d'akathisies, Ces troubles peuvent s'accompagner d'anxiété et d'insomnie, ils apparaissent généralement à doses faibles et moyennes et disparaissent avec l'augmentation des doses ainsi qu'après adjonction de correcteurs.

f) les dyskinésies aiguës sont parfois impressionnantes aussi bien pour le malade que pour son entourage familial. Elles sont d'autant plus angoissantes qu'elles peuvent durer plusieurs heures. Observées dans la région bucco-faciale elles se manifestent par des mouvements d'ouverture de la bouche, déduction de la mâchoire, trismus d'intensité variable, protusion ou rotation de la langue, mâchonnements, succion, grimacement unilatéral. Ces troubles cèdent à l'administration orale ou parentérale si nécessaire des correcteurs.

g) les dyskinésies chroniques sont avant tout des dyskinésies bucco-linguales pouvant gêner mastication et déglutition, akathisies et tasiakinésies. Elles sont la rançon d'un traitement de longue durée et relativement insensibles aux correcteurs.

II) Troubles neuro-végétatifs :

Les troubles visuels sous forme de troubles de l'accommodation sont fréquents, mais sans gravité et de régression facile.

D'autres troubles neuro-végétatifs peuvent s'observer tels que oedèmes et bouffissure du visage et des membres, sécheresse de la bouche ou hypersialorrhée. Les troubles du rythme respiratoire sont exceptionnels, les dysrégulations thermiques absentes, sauf dans les rares cas d'hyperthermie maligne.

III) Troubles Psychiques :

Il s'agit de troubles objectifs ou subjectifs divers.

Le syndrome de passivité avec asthénie est fréquent mais transitoire. Les troubles du sommeil se voient sous forme de somnolence ou d'insomnie. Les états confusionnels avec ou sans onirisme sont rares. Les troubles de l'humeur et tout particulièrement les états dépressifs signalés sous traitement à la Fluphénazine réagissent favorablement à l'association de thymoanaleptique.

IV) Troubles cardio-vasculaires :

La Fluphénazine entraîne parfois une légère baisse tensionnelle mais n'occasionne que rarement de lipothymie. L'accélération du pouls assez habituelle avec les neuroleptiques reste discrète.

V) Troubles digestifs :

Il s'agit le plus souvent de sécheresse de la bouche ou d'hypersialorrhée. Nausées et vomissements sont rares, stomatites et glossites exceptionnelles.

La constipation qui peut s'installer dès le début du traitement mérite une surveillance particulière devant le risque d'occlusion par atonie intestinale.

VI) Troubles métaboliques et endocriniens :

Comme avec tout traitement neuroleptique, les aménorrhées sont fréquentes avec la Fluphénazine, la diminution de la libido constante. Par contre, les prises de poids sont exceptionnelles, les amaigrissements signalés ne dépassent pas quelques kilos.

VII) Troubles cutanés :

Les fortes doses de fluphénazine provoquent une photosensibilité particulière pouvant conduire à des oedèmes solaires des parties découvertes avec parfois une atteinte générale : température, céphalées, asthénie. La connaissance de ce phénomène conduit à sa

prévention logique et facile. Des opacités cristallines ou du segment antérieur de l'oeil furent signalés. Elles n'entraînent ni troubles de la vision, ni baisse de l'acuité visuelle et régressent avec la diminution du traitement.

CONCLUSION :

Tout en soulignant l'effet thérapeutique heureux de la fluphénazine nous avons jugé utile d'en rappeler les effets dits secondaires malgré tout assez importants.

D'ailleurs, actuellement les discussions au sujet de ces effets, des posologies faibles ou élevées à employer, des examens para-cliniques à mettre en oeuvre systématiquement dans la surveillance de tels traitements, restent toujours ouvertes.

Ce rappel nous paraît d'autant plus opportun, qu'il s'agit dans ce travail d'étudier l'action d'un médicament retard.

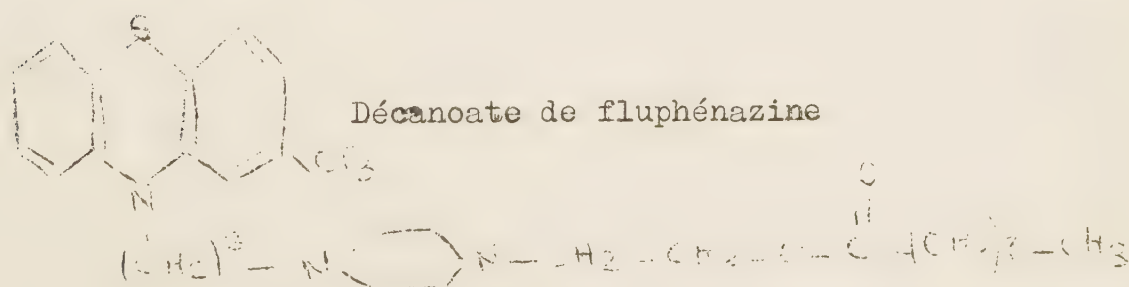
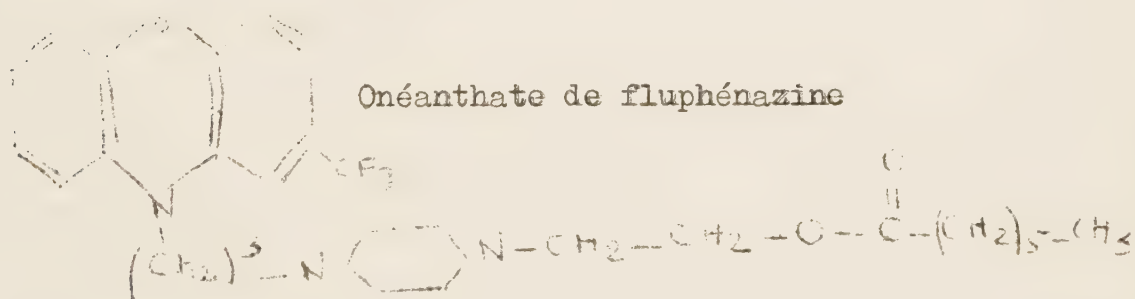
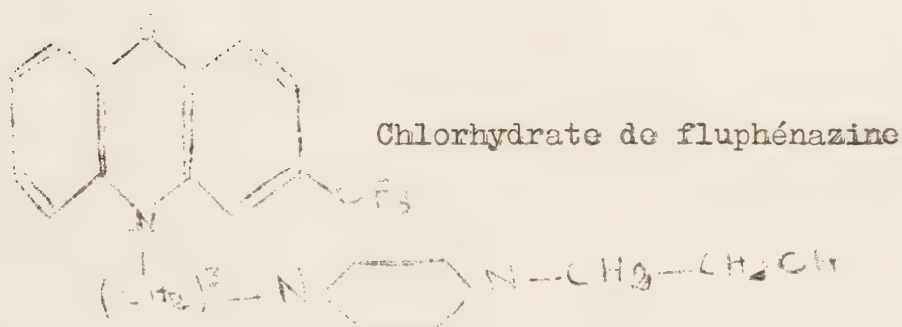
... ..

II - LES DERIVES RETARD DE LA FLUPHENAZINE : MODITEN ET MODECATE

Dès 1962 furent effectués aux Etats Unis les premiers travaux relatifs aux dérivés retard de la fluphénazine. A l'heure actuelle nous en connaissons deux dérivés, l'onéanthate de fluphénazine commercialisé en France depuis 1968, et le décanoate de fluphénazine commercialisé en France depuis 1971.

A - PROPRIETES PHYSIQUES ET CHIMIQUES.

Le décanoate est un liquide huileux très diffusible, de faible viscosité. Sa fluidité est beaucoup plus importante que celle du décanoate, ce qui explique son excellente tolérance locale.



Le décanoate est actif par la fluphénazine libérée lentement par hydrolyse. Ses effets seront donc ceux de la fluphénazine.

METABOLISME

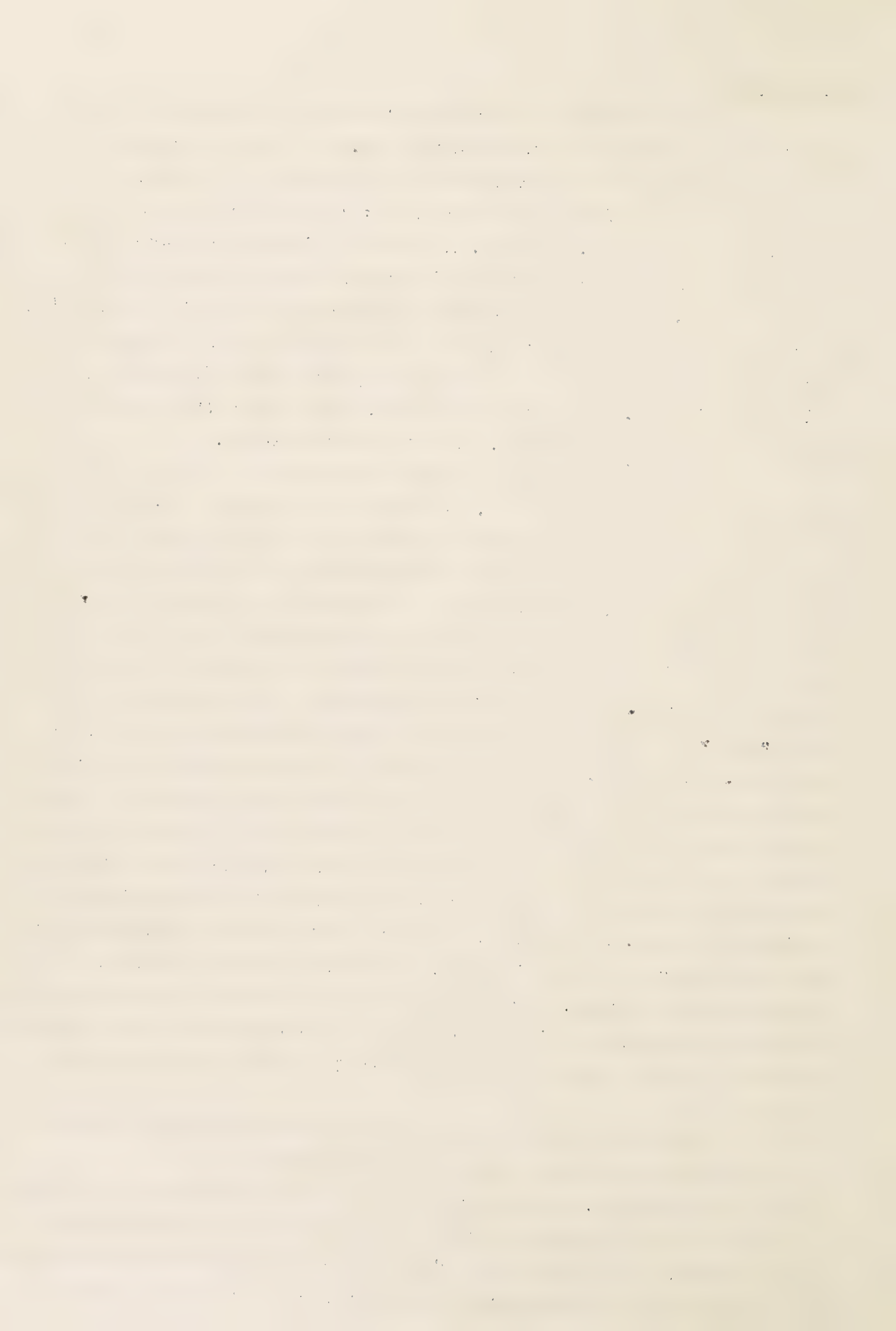
Nous voudrions ici envisager quelques problèmes généraux concernant le métabolisme des neuroleptiques à action prolongée :

Lorsque l'on administre un médicament à l'homme, il est souhaitable de connaître avec précision : l'évolution de son taux sanguin dans le temps ; le lieu, le type et l'importance des transformations subies ; les quantités éliminées dans le temps par les diverses voies. Il serait également souhaitable lorsqu'il s'agit d'un médicament psychotrope de connaître l'évolution dans le temps de la concentration cérébrale. Il est évident qu'une telle étude est impossible chez l'homme. Les résultats obtenus chez les animaux peuvent cependant être, avec prudence, pris en considération.

On effectue le plus souvent ces études à l'aide de produits marqués en général par un C ¹⁴. Le dosage en lui-même est relativement aisé puisqu'il suffit de mesurer la radioactivité de divers échantillons mais une séparation et une identification des fractions correspondant aux divers métabolites reste nécessaire. On accorde souvent une grande importance au taux sanguin du médicament ; il faut savoir cependant que ce taux sanguin est le reflet de nombreux phénomènes (résorption à partir du lieu d'administration, transformation, fixation sur divers tissus, élimination) ; son interprétation est donc difficile. Le facteur le plus important, la concentration de substance active au niveau des hypothétiques récepteurs, nous échappe complètement. Dans le cas particulier des neuroleptiques à action prolongée, l'étude de l'évolution du taux sanguin montre dans le temps une montée assez rapide (quelques heures) puis un plateau et une décroissance extrêmement lente. L'absence de cassure nette dans la courbe ne permet pas d'apprécier la durée d'action. Il faudrait savoir quelle est la concentration efficace. Par contre, lorsqu'on étudie plusieurs esters du même neuroleptique, l'étude comparée des courbes des taux sanguins permet de prévoir lequel des esters aura la durée d'action la plus longue.

Deux problèmes particuliers aux neuroleptiques à action prolongée méritent d'être pris en considération :

. Ces neuroleptiques, administrés par voie intra-musculaire habituellement en solution huileuse, sont des esters d'acides aliphatiques à longue chaîne. On a pensé tout d'abord que pour passer dans la circulation générale, ils devraient être hydrolysés "in situ", libérant



ainsi le neuroleptique actif. Or un certain nombre d'études ont montré que de petites quantités de formes esterifiées, non hydrolysées, pouvaient passer dans la circulation générale et même dans le cerveau (chez l'animal). La présence au niveau cérébral de ces formes non esterifiées dont l'activité n'est peut être pas identique pourrait peut-être expliquer certaines différences qualitatives entre le chlorhydrate de fluphénazine et ses esters, onéanthique ou décanoïque, observées en thérapeutique. Il est possible en effet que ces esters dont les propriétés physicochimiques sont très différentes de celles du neuroleptique accèdent à des niveaux différents et possèdent une affinité différente pour les récepteurs. Peut être sont-ils hydrolysés seulement après le passage de certaines membranes cellulaires, ou même de membranes de certains organites intracellulaires.

. Les substances administrées ne sont éliminées que très lentement et, même après une longue période, il semble y avoir une fixation importante au niveau de certains tissus. Après administration d'onéanthate par exemple il a été constaté que son élimination ne dépassait guère 75 % même après 110 Jours : 2/3 environ sont éliminés par le tube digestif, 1/3 environ par l'urine et une faible quantité par l'air expiré. On peut donc supposer une accumulation au niveau de certains tissus. Il est notable que cette accumulation s'observe avec la plupart des neuroleptiques classiques. On peut par exemple mettre en évidence la chlorpromazine dans l'organisme un an après l'arrêt du traitement.

B) ETUDE TOXICOLOGIQUE DU DECANOATE

I^o Toxicité aiguë :

Etudiée par le Pr BOISSIER chez la souris. Les doses de 10 et 25 mg par kilo entraînent peu de modifications du comportement. A partir de 50 mg par kilo on observe une catalepsie de 50 % des animaux, mais ils commencent à récupérer le troisième jour et sont en bon état. A partir de 400 mg par kilo la consommation de nourriture diminue très nettement. La mortalité survient à partir du septième jour. Cette épreuve de toxicité montre bien l'étalement dans le temps de la libération du principe actif et apporte la preuve de son action retard. La DL 50 est de 510 mg/kilo. Ainsi la toxicité aiguë du décanoate est moins importante que celle du chlorhydrate de fluphénazine (DL 50 de 90 mg/kilo), en raison de la lente libération dans l'organisme du principe actif.



2° Toxicité à long terme :

L'administration de doses massives, prolongées et répétées à raison d'une injection par semaine chez le rat et le chien n'entraîne aucun signe d'intolérance locale ni aucun signe de toxicité générale objectivée par des examens biochimiques et histologiques. La mortalité des animaux dans ce type d'expériences est nulle.

C) ETUDE PHARMACOLOGIQUE DU DECANOATE

L'étude pharmacologique du décanoate et la mise en évidence d'une action prolongée a été publiée par le Pr BOISSIER en 1968. Nous rappelons brièvement les différents tests utilisés :

1. les tests d'activité antipsychotique.

Ce terme est certainement abusif, car il ne saurait être question de parler de psychose chez l'animal mais on l'emploie généralement pour éviter une périphrase. Sont en effet appelés tests d'activité antipsychotique les tests qui fournissent chez l'animal des D.E. 50 en corrélation satisfaisante avec la posologie efficace chez l'homme des différents neuroleptiques connus. Parmi ces tests les plus utilisés sont : - la protection exercée vis-à-vis des vomissements provoqués par l'apomorphine chez le chien, ou des mouvements stéréotypés provoqués par cette substance chez le rat.

- la protection exercée vis-à-vis de certains effets de l'amphétamine et en particulier les mouvements stéréotypés chez le rat et la toxicité particulière de cette substance chez les souris maintenues en groupe dans une enceinte de petite dimension.

2. les tests d'activité sédatrice.

Ce sont :

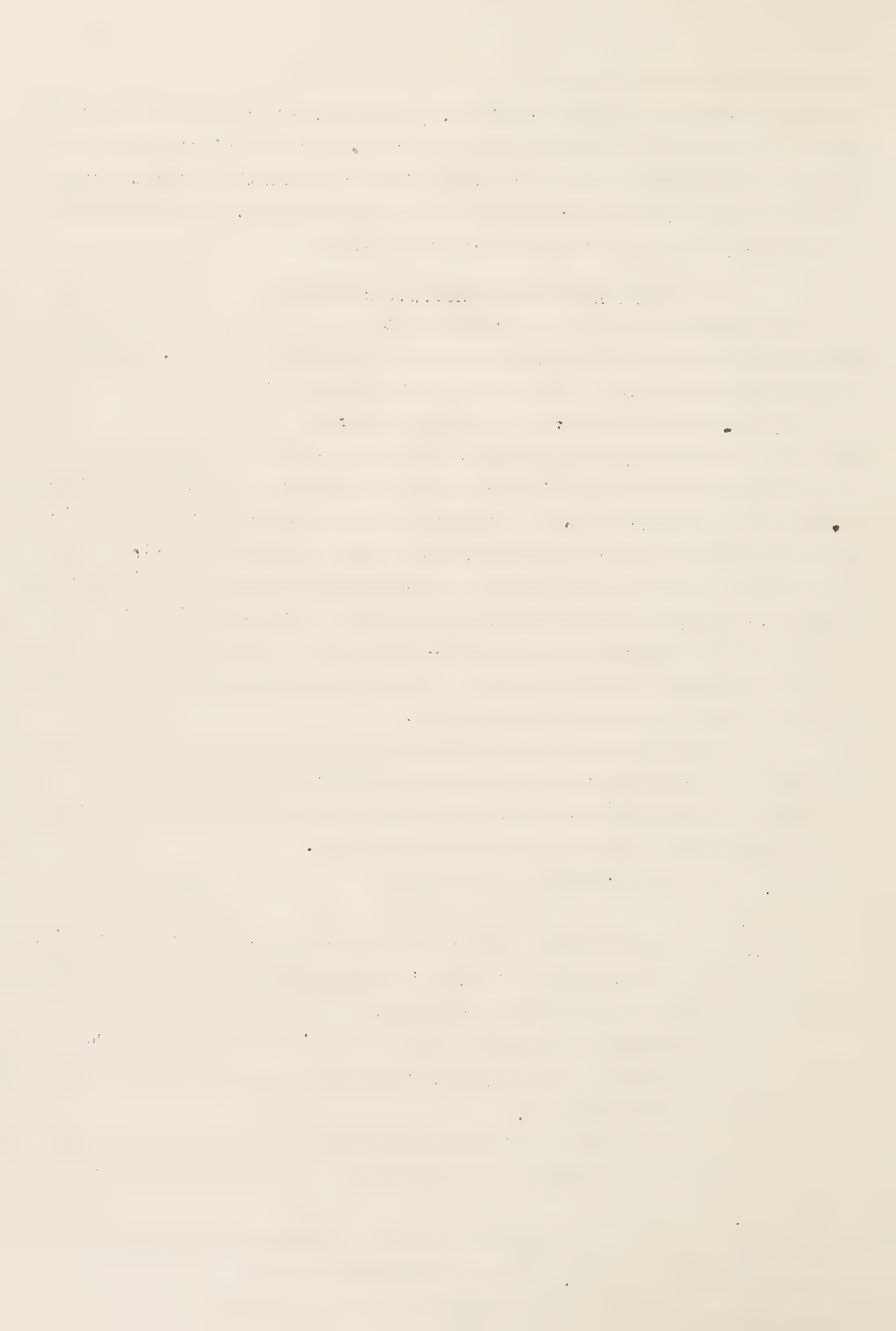
- la diminution de l'activité motrice ou de la curiosité d'animaux normaux (objectivée à l'aide d'actographes, du test de la planche à trous, du test de l'évasion modifiée,)

- la potentialisation de l'activité d'autres dépresseurs du système nerveux central, en particulier les hypnotiques, les anesthésiques généraux, les analgésiques.

- la diminution de l'agressivité spontanée de certains animaux;

3. Les tests permettant de prévoir les effets secondaires neurologiques.

Il s'agit surtout de la mise en évidence d'effets perturbateurs sur le système extrapyramidal. Un syndrome cataleptique peut être obtenu chez la plupart des espèces animales ; on le recherche le plus



souvent chez le rat. Il faut en rapprocher la suppression des réflexes conditionnés d'évitement: les résultats obtenus sont en effet si régulièrement en corrélation avec la catalepsie qu'il est difficile de penser que les deux phénomènes ne sont pas directement liés.

4. Les tests permettant de prévoir les effets secondaires végétatifs et plus particulièrement une action alpha-adrénoLytique. Qu'ils soient classiques ou à action prolongée tous les neuroleptiques possèdent un spectre voisin. Certes, il existe des substances plus ou moins sédatives, plus ou moins adrénolytiques mais il ne s'agit que de différences qualitatives.

Plus particulièrement pour le décanoate les conclusions furent élaborées en utilisant les tests de l'expérience animale qui étaient: le test de l'évasion modifiée, le test de protection contre la toxicité de groupe de la dexamphétamine chez la souris et le test de protection contre les mouvements stéréotypés de la sphère buccale induits chez le rat par l'apomorphine.

On aboutit aux conclusions suivantes : sur tous ces tests l'action neuroleptique recherchée peut être mise en évidence pendant au moins 3 semaines et dans certains cas pendant une période plus importante. Cette action prolongée est nettement plus importante que celle de l'onéanthate.

D) ETUDE CLINIQUE DU DECANOATE :

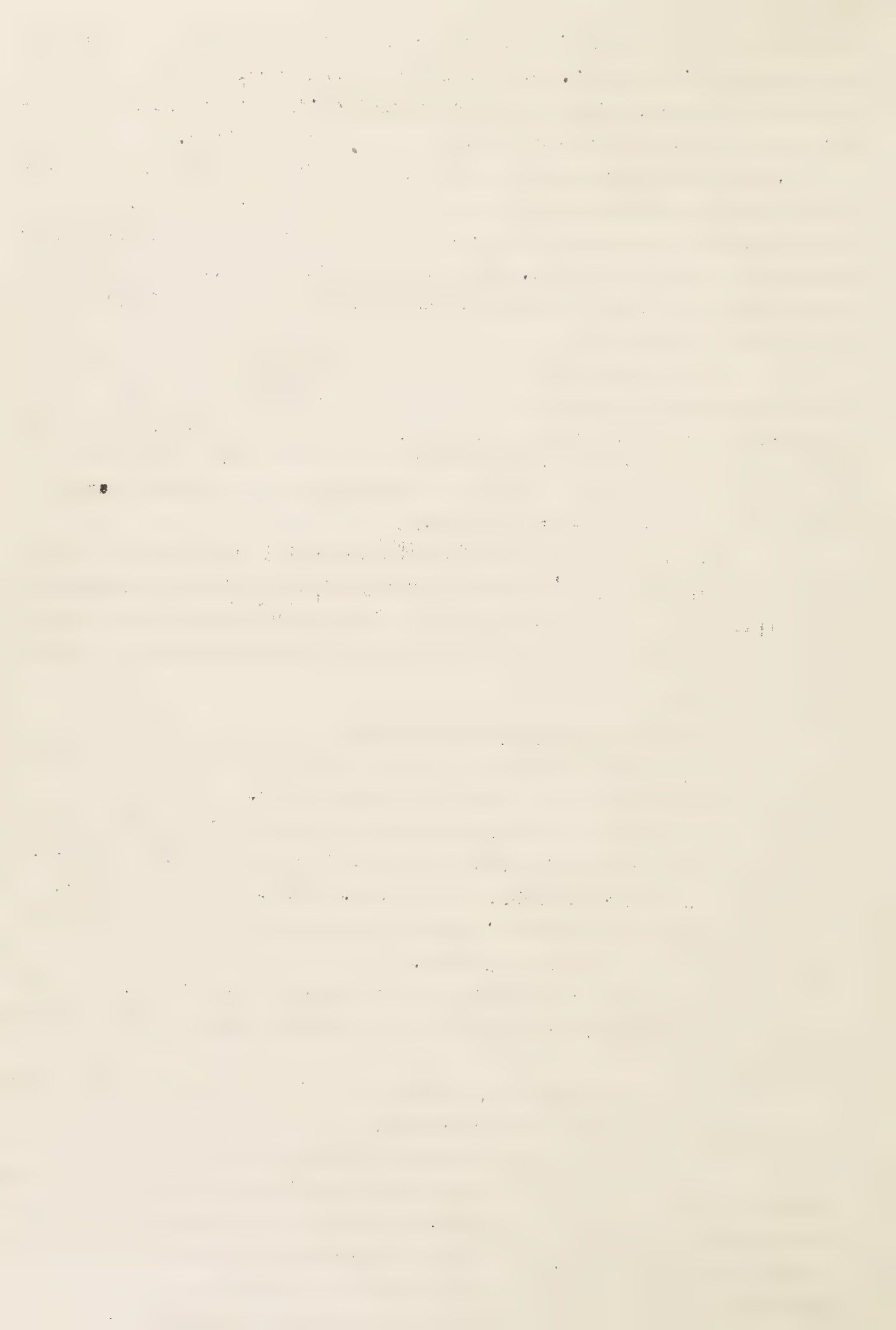
Le modécate commence à prendre une place assez large dans l'arsenal thérapeutique du psychiatre hospitalier.

De nombreux travaux cliniques concernant ce produit furent publiés au cours des années 1970 et 1971. On retiendra plus particulièrement ceux du Pr L. GAYRAL et du Dr L. FOUKS. Tous ces auteurs lui reconnaissent une durée d'action prolongée supérieure à celle de l'onéanthate de 3 semaines à 1 mois.

Les effets thérapeutiques du modécate sont ceux de la fluphénazine avec l'énorme avantage de la réduction considérable des doses efficaces.

L'administration du produit se fait par injection IM profonde. La tolérance locale étant parfaite.

La dépression consécutive est beaucoup moins marquée tant en intensité qu'en qualité et en durée qu'avec l'onéanthate. La tolérance neurologique ainsi que la tolérance générale est nettement supérieure à celle de l'onéanthate. Les effets secondaires précoces de type dysés-thésiques et excito-moteurs sont rares et peu importants. Les effets secondaires tardifs de type extrapyramidaux sont exceptionnels.



CHAPITRE III : LES CONDITIONS DE NOTRE UTILISATION

Il est nécessaire de préciser quelles ont été les idées directrices concernant les indications et les utilisations de ce produit dans le traitement des maladies mentales.

Nous avons prescrit le décanoate essentiellement à des malades chroniques atteints de troubles psychotiques anciens, schizophrénies et délires chroniques dont le début remontait pour la plupart d'entre eux à une dizaine d'années. Chez ces malades, un traitement biologique s'imposait à l'occasion de la recrudescence de leurs troubles. Certains d'entre eux présentaient des syndromes qui avaient été réceptifs à d'autres cures médicamenteuses : neuroleptiques habituels dont on avait été satisfait (et tout particulièrement le Moditen qui nous permettait de faire une étude comparative), ou neuroleptiques pour lesquels des effets secondaires gênants étaient observés et dont la difficulté de correction obligeait à changer de traitement ; mais pour la plupart du temps c'est devant l'échec de thérapeutiques incisives à des doses habituelles et devant la fréquence des rechutes observées lors des sorties à la suite d'interruption de traitement que nous avons envisagé l'utilisation du décanoate. Il importe de souligner que l'éloignement géographique du centre hospitalier et du secteur psychiatrique (LYON, Département de la Loire) ne facilitait pas une pratique de secteur qui en était encore à ses tous premiers pas et dont l'activité se trouvait centrée sur la post-cure.

Nous avons pu étendre la prescription du décanoate à des sujets présentant des troubles thymo-caractériels : il s'agissait pour la plupart de malades à structure psychopathique sur laquelle se greffait une alcoolomanie, pour le reste il s'agissait de malades arriérés mentaux.

Notre étude s'est faite pendant une période de 8 mois.

VOIE D'ADMINISTRATION

Le décanoate a donc été utilisé par voie parentérale en injection intra-musculaire profonde d'ampoules titrées à 25 mg. La tolérance locale étant excellente du fait de la fluidité et de la faible viscosité du produit.

POSOLOGIE

La posologie extrêmement variable dépendait de la gravité, de l'ancienneté et du moment évolutif de la psychose.

Nous avons pour plus de prudence prescrit dans un premier temps la fluphénazine dans sa forme orale afin de tester la susceptibilité propre du sujet avant de passer à la forme retard. L'équivalence par rapport à la fluphénazine per os n'étant fixée que de façon très approximative. Dans les cas de gravité moyenne ne nécessitant pas une posologie supérieure à 400 mg de fluphénazine orale par jour, le décanoate était alors utilisé à une posologie de 250 mg toutes les 3 semaines. Dans les cas plus graves la durée d'action se raccourcissait bien que l'on ait été obligé d'augmenter les posologies.

La durée d'action du décanoate étant le plus souvent dictée par la recrudescence des troubles.

ASSOCIATIONS

Enfin nous avons dû associer selon le cas d'autres neuroleptiques : neuroleptiques sédatifs : la chlorpromazine qui diminue les effets excito-moteurs et potentialise les effets sédatifs du décanoate. La prochlorpérazine, mais le plus souvent la lévomépromazine.

neuroleptiques anti-dépresseurs : les tricycliques étaient associés chaque fois qu'on observait un état dépressif avec anesthésie affective, ou encore chez les schizophrènes afin de médiatiser la relation et de neutraliser l'effet dépressif induit par le décanoate quelques heures après l'injection.

neuroleptiques anti-parkinsoniens : nous les avons associés de façon systématique au début du traitement malgré l'excellente tolérance du médicament, cette correction permet seule de tirer le maximum de bénéfice de la prescription (Ethylbenzotropine, Diéthazine). Si nous observions des phénomènes excito-moteurs ou dysesthésiques, nous ajoutions de la cogentine ou du trihexyphenidyle. Mais, si le décanoate était dans un premier temps parfaitement toléré nous avons par la suite pu supprimer totalement la couverture anti-parkinsonienne.

APPRECIATION. DES RESULTATS

Nous avons consigné les résultats obtenus dans le compte-rendu de chaque observation, et nous avons groupé l'ensemble de nos conclusions au chapitre résultats cliniques. Nous avons suivi ces malades de façon quotidienne en notant les constatations de toute l'équipe soignante éliminant ainsi une part de notre subjectivité personnelle.

Un examen somatique complet insistant sur la sphère neurologique a été pratiqué au cours du traitement de même un examen biologique (tests hépatiques, numération formule sanguine, vitesse de sédimentation)

Néanmoins comme toujours en pratique psychiatrique l'interférence de nombreux facteurs (chimiothérapiques, psychologiques, institutionnels) rendent difficile l'appréciation des résultats et dans certains cas il est presque impossible de rattacher ceux ci à un aspect du traitement plus qu'à un autre.

CHAPITRE IV

NOS CONSTATATIONS A PROPOS DE SOIXANTE OBSERVATIONSI - LES SCHIZOPHRENIES.A) SCHIZOPHRENIES A FORME HEBEPHRENO-CATATONIQUE : 16 casObservation N° I

- Mr BON... Robert. 26 ans employé chez Berliet.
- Diagnostic : schizophrénie hébéphréno-catatonique.
- Antécédents :

Pas d'antécédents psychopathiques familiaux. Premier développement normal. Célibataire, vivant auprès de ses parents. Scolarité normale jusqu'à l'âge de 18 ans où il obtient alors un B.I. de dessinateur industriel .

Le début des troubles remonte à l'âge de 19 ans : désintérêt professionnel, apragmatisme. Il est hospitalisé alors au Vinatier. La première hospitalisation à St-Jean-de-Dieu 3 ans après sa sortie se fait dans un état aigu de dépersonnalisation et de dissociation avec autisme apragmatisme, syndrome d'automatisme mental (écho de la pensée) idées délirantes centrées sur la sphère corporelle avec perte de son identité sexuelle (impression de testicule vide, ne sait plus s'il est homme ou femme). Une cure de sakel est alors entreprise (60 comas) permettant une restructuration progressive. Il sort 5 mois plus tard et reprend son travail. Réhospitalisé en 1971 il offre alors un délire mégalomane à thème cosmique où il est question de vision prophétique du monde. Un traitement à base de largactil et d'Halopéridol lui permet de sortir à nouveau pendant 3 mois. Après interruption de celui-ci il rechute.

- Histoire actuelle :

Etat de dissociation avec autisme et apragmatisme, rires imotivés, perte de contact, onanisme. Une thérapeutique mobilisatrice à action retard à base de Moditen est instaurée mais mal tolérée malgré une thérapeutique anti-parkinsonienne. On essaie alors le modécate à raison de 2 ampoules de 25 mg et 1 ampoule de ponalide toutes les 3 semaines.

- Résultats :

Bonne action de ce traitement sur le syndrome dissociatif

Le malade a repris son travail depuis 4 mois, est suivi en post-cure où il vient se faire faire ses injections.

Sur le plan des effets secondaires : légère dépression les heures suivantes l'injection. Excellente tolérance neurologique.

En somme : amélioration importante.

Observation N° 2

Mr AM... Moncef, 26 ans, contrôleur chez Berliet, célibataire.

- Diagnostic : schizophrénie hébéphrénico-catatonique.

- Antécédents : transplanté, originaire de Tunisie, il vient à 19 ans en France avec son frère aîné, après la mort de sa mère. Père décédé alors qu'il avait 5 ans. Son frère rentré en Tunisie pour s'y marier en 1970 laisse alors Moncef seul en France. C'est à partir de cette date qu'on observe les premiers troubles : isolement progressif, perte d'intérêt professionnel, syndrome dépressif larvé, impression de flou de la pensée le conduisant à demander une hospitalisation dans nos services en 1971. Au cours de son séjour il est traité dans un premier temps comme un déprimé atypique. Par la suite les troubles évoluèrent vers une conversion somatique (douleurs vagues polymorphes, mal aux jambes, mal à la tête.) Il sort 3 mois plus tard mais la réadaptation professionnelle est difficile. Il est changé de poste et menacé de se faire licencier.

- Histoire actuelle : Le malade revient en janvier 1972, psychotisé, dans un état d'anxiété majeur avec incohérence, sentiment d'étrangeté, impression d'être regardé, poursuivi dans la rue. Le lendemain de son hospitalisation il s'enfuit du service dans un épisode confusionnel aigu ; ramené par la police 24 heures après dans un état catatonique. Une neuroleptisation importante (600 mg) est prescrite : largactil, tementil, nozinan. Mais la mauvaise acceptation du traitement, les difficultés de prise en charge relationnelle font envisager une thérapeutique retard associant : modécate 3 ampoules toutes les 3 semaines 1 ampoule de ponalide, akynophyl et anafranil.

- Résultats : 3 mois plus tard les symptômes s'amendent, le contact est meilleur, mais clivage dépressif. L'association d'anti-dépresseurs normalise la thymie. Le malade envisage de rentrer en Tunisie vécue alors comme bon objet mettant ainsi à distance le mauvais objet que représente la France.

Aucun effet secondaire.

En somme amélioration importante.

Observation N° 3

Mr THE... René, 36 ans, célibataire, tisseur.

- Diagnostic : schizophrénie hébéphréno-catatonique.

- Antécédents :

Père cultivateur vivant, en bonne santé à la personnalité effacée et écrasée face à une épouse phallique, toute puissante au sein de la famille. Aîné d'une fratrie de trois. Pas d'hérédité psychopathique. Enfant non désiré à la naissance. Scolarité normale jusqu'à l'âge de 14 ans. Travaille ensuite dans une usine de tissage pendant une adolescence qu'il passe de façon très repliée. Service militaire en Algérie et à son retour apparition des premiers symptômes : état dépressif atypique évoluant rapidement vers un état de dépersonnalisation conduisant en 1961 à une hospitalisation. A l'entrée : apragmatisme, autisme, indifférence et négativisme font envisager une thérapeutique régressive : sakel. Il sort au bout d'un an sans pour autant reprendre son travail, bricolant dans le milieu familial.

En 1964 rechute, dans le même tableau hébéphréno-catatonique. Depuis, 5 hospitalisations se succédèrent, soldées par des échecs de réadaptation professionnelle. Par ailleurs, à chaque sortie réactivation de nombreux conflits familiaux (rejet de la mère), aucune coopération familiale et prise fantaisiste de traitement.

- Histoire actuelle :

Réhospitalisé en 1972 dans un état de torpeur, de désintérêt total évoluant vers un état catatonique. Compte-tenu de l'irrégularité des prises de traitement de l'absence de coopération familiale on envisage une thérapeutique retard : modécate 75 mg avec ponalide.

- Résultats :

Après 3 mois, le malade n'est plus autistique, il reprend une activité dans le service, une sortie dans le cadre d'un milieu protégé (foyer post-cure Jean Dechaume) lui permet de reprendre son travail. Il est suivi régulièrement en post-cure depuis 4 mois. Amélioration appréciable étant donné la multiplicité des rechutes, la gravité des troubles observés jusque là.

Pas d'effet secondaire.

Observation N° 4

Mr DID... Gérard, 24 ans, plombier, célibataire.

- Diagnostic :

Schizophrénie hébéphréno-catatonique.

- Antécédents :

Père et mère tous deux éthyliques, rejetants. Gérard est le deuxième d'une fratrie de huit. Pas d'antécédent somatique ou psychopathique connu. Scolarité normale jusqu'à l'âge de 15 ans. Adolescence entrecoupée d'épisodes dépressifs atypiques à l'origine d'interruptions fréquentes de son activité professionnelle.

La première hospitalisation s'effectue à l'âge de 19 ans : état de dissociation important, athymormie, retrait autistique, rires immotivés. Malgré un traitement neuroleptique à base de terfluzine on ne constate qu'une légère et lente disparition du syndrome dissociatif mais quelques mois plus tard, il présente des réactions affectives plus adaptées, se montre plus actif dans le cadre du service. Il sort et travaille 2 ans, mais interrompt son traitement qui le "fatigue" et présente un nouveau tableau de destruction avec opposition catatonique. On prescrit à cette époque du moditen retard sous lequel les symptômes s'amendent, mais le traitement est mal toléré : vomissements malaises avec hypotension, tremblements, aspect figé témoignant d'un syndrome extrapyramidal malgré un traitement anti-parkinsonien de couverture. Devant ce tableau on passe au modecate à raison de 3 ampoules à 25 mg associées à 1 ampoule de ponalide toutes les 3 semaines.

- Résultats :

Le traitement est parfaitement bien toléré. Amélioration des troubles, disparition des éléments dissociatifs, critique de son état antérieur, disparition de son apragmatisme, transfert positif avec l'équipe soignante. Un essai de réadaptation au travail dans le cadre d'une formule hôpital de nuit permet une prise en charge continue. Dans un second temps il sort définitivement et vit au sein d'un foyer de jeunes travailleurs où il semble bien s'adapter. Ouverture sociale satisfaisante.

Pas d'effet secondaire.

En somme amélioration satisfaisante.

Observation N° 5

- Mr GON... Alain, 33 ans, commerçant, célibataire.
- Diagnostic : schizophrénie hébéphréno-catatonique.
- Antécédents : Pas d'antécédent somatique particulier. Pas d'antécédent psychopathique. Parents commerçant avec qui il travaille depuis l'âge de 13 ans "tout seul avec eux", mais non salarié... Un frère Premier développement normal. A l'adolescence structuration sur un mode psycho-obsessionnel : bizarreries, sentiments d'étrangeté, rituels obsessionnels. La première hospitalisation date de 1970, PO à la demande de la mère : état psychotique aigu avec fugues, refus alimentaire mutisme, attitude figée, opposition catatonique, signe du miroir. Sous neuroleptisation anti-psychotique il sort 3 mois plus tard et reprend son travail, mais l'interruption de son traitement le fait rechuter.
- Histoire actuelle : il est réhospitalisé en 1971 dans une expérience délirante à thème mystique où il est question de son identité religieuse : appartenance juive ou catholique ? On prescrit à ce moment du modécate (3 ampoules à 25 mg) en association avec ponalide et une ampoule d'héptamyl ceci toutes les 3 semaines. L'apparition dans les heures qui suivent l'injection d'une crise oculogyre fait ajouter de l'artane 5mg.
- Résultats : liquidation des éléments délirants, amélioration du contact, sortie envisagée.
Amélioration importante.

Observation N° 6

Mr HED... Hamid, 24 ans, divorcé, ouvrier.

- Diagnostic : schizophrénie hébéphréno-catatonique.
- Antécédents : pas d'antécédent psychopathique connu. Né en Algérie à SETIF, orphelin en bas âge il est élevé par sa grand-mère. Il perd un frère en 1962, se marie à 19 ans et divorce 1 an après. C'est en 1966 qu'il vient travailler en France mais 3 ans plus tard il fait preuve d'instabilité professionnelle pour bientôt cesser toute activité. Il vit de façon très isolée, et, bien que depuis 6 ans en France, a une très mauvaise acquisition de la langue française.
- Histoire actuelle : il est hospitalisé pour la première fois en janvier 1970 pour troubles du comportement, bizarreries, syndrome



dissociatif, apragmatisme, athymornie auquel se surajoutent des plaintes somatiques centrées sur l'oreille. Quelques jours après son entrée apparition d'un syndrome d'automatisme mental (attitude d'écoute) doublé d'un élément dépressif. Une thérapeutique anti-dissociative moditen 3 ampoules à 25 mg associé au diparcol est commencée, mais l'apparition d'effets secondaires de la série parkinsonienne fait choisir le modécate auquel on associe anafranil (traitement datant de 3 mois seulement).

- Résultats : disparition du syndrome d'automatisme mental et du syndrome dissociatif, contact amélioré, mais la persistance d'un apragmatisme conduit à envisager une thérapeutique régressive : cure de sakel.

- aucun effet secondaire sous modécate.

Légère amélioration.

Observation n° 7

Mr PAN... Lucien; 19 ans, célibataire, maçon.

- Diagnostic : schizophrénie hébéphréno-catatonique.

- Antécédents : famille d'origine italienne. Père maçon. Lucien est l'ainé d'une fratrie de 5. Milieu familial particulièrement tolérant : Les troubles évoluaient depuis plus de 3 ans, il a fallu des manifestations plus spectaculaires pour aboutir à une hospitalisation. Le père n'est jamais venu à l'hôpital. Assez effacé devant la mère. La première hospitalisation se fait en 1971 pour évolution depuis 2 ans d'un état progressif d'apragmatisme et d'isolement familial, d'indifférence et de mutisme accompagné de rires immotivés. Il importe de signaler que l'apparition de l'éclatement schizophrénique du garçon coïncide avec la naissance de sa plus jeune soeur. Au cours de cette première hospitalisation la mère refuse la maladie de son fils (lien fusionnel) et ne se préoccupe que de sa santé physique. Très intolérante à l'amélioration de Lucien et à son transfert positif sur l'équipe soignante elle profite d'une permission de quelques jours pour le retirer définitivement de l'institution, contre notre avis.

- Histoire actuelle : deuxième hospitalisation dans un tableau de graves troubles du comportement : bizarreries, rires immotivés, insomnies ; se croit menacé par diverses personnes, pleure fréquemment. Le diagnostic évident de schizophrénie avec autisme opposition et

manifestations psycho-sensorielles était porté. Les jours suivants impulsions paroxystiques (il tente de fuguer puis de sauter d'un toit). Malgré un traitement neuroleptique important on assiste alors à une catatonisation, refus d'alimentation ; le discours est délirant :

"vous êtes des gardes, tuez-moi, j'ai tué quelqu'un". Angoisse massive

On institue alors une thérapeutique à base de modécate 3 ampoules à 25 mg auquel on associe ponalide, heptamyl, nozinan 300 mg, artane 5 mg.

- Résultats : On perçoit une amélioration au bout d'un mois et demi : amélioration du contact avec l'équipe médicale, restructuration progressive. Sortie en cours de préparation.

Aucun effet secondaire.

Amélioration importante.

Observation N° 8

Mr CHE... Daniel, 33 ans, célibataire, électricien.

- Diagnostic : schizophrénie hébéphréno-catatonique.

- Antécédents :

Aucun antécédent somatique. Antécédents psychopathiques : mère traitée à plusieurs reprises pour état dépressif. Structure vraisemblablement psychotique. Père électricien . Deuxième garçon d'une fratrie de cinq. Pas de notion de troubles dans la petite enfance. Scolarité normale jusqu'en 3e technique. La première hospitalisation dans nos services remonte à 1957 : invasion schizophrénique typique avec syndrome d'automatisme mental (écho de la pensée) phénomènes interprétatifs : on parle de lui, on le regarde. Instabilité psychomotrice et troubles du comportement avec agressivité, bris d'objets Milieu familial particulièrement tolérant en effet depuis longtemps il paraissait supporter les réactions agressives de Daniel minimisant l'importance des symptômes. Une cure de sakel permet à cette époque une liquidation des éléments psychotiques et il reprend son travail d'électricien pendant 2 ans. Mais progressivement entrée dans une rechute : fugues à plusieurs reprises du milieu familial pour aboutir à un état dissociatif avec autisme, rires discordants, bizarreries, opposition catatonique.

- Histoire actuelle :

C'est dans ce tableau qu'il est réhospitalisé au début de l'année 1970. On prescrit alors 3 ampoules de modécate avec en association ponalide.

- Résultats :

Résultat assez discret au début, malade cependant moins apragmatique, moins opposant, lever de l'inhibition psychomotrice, mais l'indifférence affective persiste.

Effets secondaires : crises oculogyres dans la journée suivant l'injection, cependant rapidement résolues sous diparcol IV.

Amélioration légère.

Observation n° 9

Mr VER... Gilbert, 37 ans, célibataire, cuisinier.

- Diagnostic : schizophrénie hébéphréno-catatonique.

- Antécédents :

Pas d'antécédent somatique, pas d'hérédité psychopathique, premier développement apparemment normal. Milieu rural d'origine. Père à la personnalité rigide autoritaire, très redouté. Mère décédée alors qu'il était en bas âge. Elevé par une tante qui vivait auprès de son frère. Adolescent renfermé, sans ami, au caractère franchement schizoïde. Première hospitalisation à l'âge de 27 ans, au cours d'une expérience délirante polymorphe rapidement résorbée. Le diagnostic de schizophrénie se confirme lors de la deuxième hospitalisation un an plus tard au cours de laquelle il présente un tableau de négativisme avec activité hallucinatoire, rires discordants. Une sortie est tentée 3 mois plus tard mais il est à nouveau réhospitalisé au cours d'une bouffée délirante avec troubles du comportement dans une église au moment d'une cérémonie (monte en chaire pour prêcher). Parallèlement actes impulsifs dans le milieu familial. Un premier essai de neuroleptique retard est tenté en 1970 : moditeq, mais celui-ci paraît mal toléré, on passe donc au modecate 75 mg toutes les 3 semaines.

- Résultats :

L'amélioration ne s'est fait sentir qu'après 4 mois de traitement : meilleure relation à l'équipe soignante, affectivité plus adaptée, sortie et reprise de travail. Depuis 5 mois est suivi régulièrement, va se marier.

Effets secondaires : excellente tolérance.

Amélioration.

Observation N° 10

Mr VIV... Claude, célibataire, 28 ans, employé dans l'hôtellerie familiale.

- Diagnostic : schizophrénie hébéphréno-catatonique avec appoint éthylique.

- Antécédent s :

Parents hôteliers, divorcés alors qu'il était âgé de 4 ans, fils unique à la garde de sa mère. Scolarité normale jusqu'à l'âge de 16 ans. Première hospitalisation en 1963 à la suite de crises impulsives, avec menaces d'autolyse au décours d'une imprégnation éthylique. Pensée floue, barrages, syndrome de dépersonnalisation : invasion schizophrénique. Deuxième hospitalisation en 1964 : nouvelle poussée évolutive avec alcoolisme symptomatique, absence totale de relation avec son entourage familial. Avec un traitement neuroleptique classique il sort et paraît stabilisé pendant 3 ans. Mais, en mars 1967, il revient dans un tableau de déséquilibre psychique : imprégnation éthylique marquée, émission de chèques sans provision, pensée diffluente, troubles de l'affectivité (forte ambivalence à l'égard de sa mère). Quatrième hospitalisation en 1971 dans un état d'ivresse pathologique, sub-délirant. Entre ces différentes hospitalisations de nombreux essais de réinsertion professionnelle ont été tentés dans le cadre de l'hôtellerie se soldant pour la plupart du temps par des échecs.

- Histoire actuelle :

Nouvelle hospitalisation début 1972 : négativisme, impossibilité de contact, apragmatisme, et syndrome d'automatisme mental. C'est alors qu'on entreprend une thérapeutique mobilisatrice : modécate 50 mg toutes les 3 semaines.

- Résultats :

Résultat satisfaisant : amélioration du contact, reprise de son activité, meilleure relation à la mère, plus stable sur le plan de son comportement (atténuation de la conduite éthylique) très bonne intégration du médicament : "j'ai trouvé mon médicament". Effets secondaires : légère asthénie les premiers jours, impression de malaise. Très bonne tolérance neurologique. Compte-tenu de son degré de psychotisation sur laquelle se greffaient impulsivité et alcoolisation on peut dire qu'il s'agit là d'une amélioration satisfaisante.

Observation N° 11

Mr J... Francisque, 35 ans, célibataire, ouvrier

- Diagnostic : schizophrénie hébéphréno-catatonique. Alcoolisme psychotique.

- Antécédents :

Sur le plan somatique, malade porteur d'une CIV bien tolérée, mais à partir de laquelle a été induite dès l'âge de 12 ans une dépendance médicamenteuse ("il ne pourra pas se passer de médicaments"). Père chauffeur de chaudières ; personnalité effacée, image peu consistante. Mère anxieuse, hyperprotectrice, cristallisant tout à la sphère corporelle de son fils ; ambivalente dans sa relation au garçon, et le maintenant dans le statut régressif "du malade". Les premiers troubles remontent à 1963, pour lesquels il est hospitalisé un mois en clinique : impression de flou, état d'angoisse, TS aux tranquillisants. De 1963 à 1968 il travaille aux côtés d'une mère qui le "couve". Apparition pendant cette période d'une conduite éthylique. La première hospitalisation à St-Jean-de-Dieu date de 1968 : TS, état d'anxiété aiguë au sein de laquelle un problème complexe de somatisations multiples tient une large place : pseudo-malaises comitiaux, pneumopathies, embolie pulmonaire, vertiges, variation glycémique sans diabète vrai. L'impression de structure psychotique se confirme devant ses difficultés de contact, l'impression de vide ressentie par le malade (vide qu'il cherche à combler par une demande pressante de médicaments, et par des ivresses répétées lors de permissions ou de sorties irrégulières.) La neuroleptisation n'ayant apporté que peu de résultats, on envisage alors une thérapeutique incisive qui permet par ailleurs de réduire des doses jusque là importantes de neuroleptiques (décanoate 2 ampoules toutes les 3 semaines associé à de la lévomépromazine, et de l'anafranil).

- Résultats :

Contact meilleur après 5 mois de traitement, possibilité de verbaliser ses angoisses psychotiques, sorties régulières en permission sans nécessité pour lui de se "remplir" avec de l'alcool, moindre dépendance médicamenteuse, participation aux différentes activités du service, sortie envisagée.

Pas d'effet secondaire. Nette amélioration.

Observation N° I2

Mr GIR... Antoine, 46 ans, cultivateur, marié, 5 enfants.

- Diagnostic : Schizophrénie avec troubles cyclothymiques.

- Antécédents :

Pas d'antécédent somatique, pas de notion d'antécédent psychopathique. Père de milieu rural décédé alors qu'il était en bas âge ; élevé alors par sa mère (lien fusionnel) qu'il perd à 28 ans, âge de sa première hospitalisation ("quand j'ai perdu ma mère, ça m'a tourné, elle était veuve, jamais elle nous a laissé courir la guenille, je ne m'en suis pas remis"). Dernier enfant de la fratrie (4). Scolarité jusqu'à l'âge de 14 ans, Travaille auprès de sa mère jusqu'en 1946, date à laquelle il se marie ; 5 enfants de cette union. Première hospitalisation en 1954 : invasion schizophrénique franche : autisme, indifférence, apragmatisme, bizarreries, ambivalence et rires immotivés. Deux mois plus tard il sort mais rechute deux ans après dans un tableau dissociatif avec syndrome de dépersonnalisation, état confusionnel, stéréotypies gestuelles. Clivage dépressif par la suite. Un sakel est entrepris en 1957, mais sans amélioration, le malade restant figé, inerte, catatonique. Depuis 1957, asilification progressive, aucun désir exprimé, retraits dans un univers autistique, désimplification affective et indifférence à son sort conduisant en 1970 à envisager une thérapeutique dynamisante compte-tenu des énormes difficultés relationnelles rencontrées avec lui. (fluphénazine 3 ampoules associé au diparcol tous les 15 jours transformé par la suite en décanoate).

- Résultats :

Meilleur contact avec l'équipe soignante, désire retourner "à la terre" : "j'en vois plus la fin"... Cependant très mauvaise collaboration avec son épouse qui a interrompu toute correspondance depuis de nombreuses années rendant difficile une perspective de sortie.

Effets secondaires ; rien à signaler.

Amélioration sensible.

Observation N° I3

Mr FAU... Marc, 34 ans, polisseur, célibataire.

- Diagnostic : schizophrénie hébéphréno-catatonique.

- Antécédents :

Aucun antécédent somatique. Pas d'antécédent psychopathique

connu . Premier développement normal. Perd ses parents alors qu'il est âgé de 12 ans ; est élevé alors par sa soeur aînée mariée, sans enfant dont le mari éthylique est en perpétuel conflit avec Marc et le rejette. Scolarité normale jusqu'à 13 ans, ouvrier ensuite dans une verrerie. Les premiers troubles remontent à son retour du service militaire (28 mois en Algérie) où, après avoir travaillé un mois il cesse toute activité, est trouvé bizarre par son entourage, et présente des crises excito-motrices pour lesquelles il est hospitalisé en clinique en 1966. A sa sortie, ne reprend son travail que deux jours ; l'envahissement schizophrénique se précise, et il est hospitalisé pour la première fois à St-Jean-de-Dieu en 1967 : grand retrait psychothique avec aboulie, état de torpeur, syndrome d'automatisme mental (attitude d'écoute). Un traitement à base de prochlorpérazine et de lévoméprazine entraîne la résorption des troubles, mais l'interruption du traitement lors de la sortie le fait rechuter deux mois plus tard.

- Histoire actuelle :

Depuis 1969, malade se chronicisant progressivement : inertie, indifférence à son sort, apragmatisme, désimplification affective conduisant à envisager une thérapeutique mobilisatrice, l'abord relationnel étant par ailleurs très difficile (décanoate 3 ampoules 25 mg toutes les 3 semaines + étybenzatropine).

- Résultats :

Après 5 mois de traitement, malade plus ouvert, meilleure relation à l'équipe soignante; paraissant se dynamiser dans le service, réclamant sa sortie et une reprise de son activité professionnelle. Aucun effet secondaire. Malade amélioré compte-tenu de l'important degré de psychotisation observé depuis 6 ans.

Observation N° I4

Mr GEN... André, 55 ans, sans profession, célibataire.

- Diagnostic : schizophrénie hébéphréno-catatonique vieillie.

- Antécédents :

Père à la personnalité rigide et autoritaire, directeur d'une grosse usine, décédé alors qu'André était âgé de 25 ans. Mère hyper-anxieuse. Aîné d'une fratrie de quatre (deux frères ingénieurs et un pharmacien). Premier développement infantile normal. Scolarisation difficile interrompue en 3e pour baisse de rendement scolaire et

désintérêt. Caractère schizoïde à l'adolescence. Service militaire en 1938, deux ans de captivité. A son retour, l'envahissement schizophrénique se précise entretenu par une mère particulièrement tolérante (refus de la maladie de son fils), qui venait de perdre son mari et gardait alors auprès d'elle son fils sans s'inquiéter de son absence d'activité et de son retrait autistique. Six ans plus tard il est hospitalisé pour la première fois dans la région niçoise à la suite de troubles du comportement : déchirait tous ses vêtements, avec crises d'excitation psychomotrice.

- Histoire actuelle :

Il est transféré en 1953 à St-Jean-de-Dieu où il présente un état catatonique avec autisme et apragmatisme, refus alimentaires responsables d'un état de dénutrition, absence de tout contact, athymormie. Malgré différentes thérapeutiques neuroleptiques, aucune amélioration n'est observée. C'est pourquoi on envisage une thérapeutique incisive mobilisatrice (décanoate 75 mg toutes les 3 semaines + étybenzotropine)

- Résultats :

Dans les 3 semaines qui suivent l'injection, amélioration du contact, mais parallèlement libération d'une certaine agressivité envers sa mère (dont il refuse les colis qu'elle envoie) envers l'équipe. Progressivement on assiste à une mobilisation de ses défenses psychotiques avec extériorisation massive d'une énorme angoisse se traduisant par de grands gestes stéréotypés avec respiration bruyante, agitation psychomotrice, et dans un raptus anxieux geste suicidaire obligeant à associer de fortes doses de neuroleptiques sédatifs et à interrompre le traitement retard.

Cette observation pose le problème de la médication retard et mobilisatrice chez un psychotique que nous étudierons plus loin.

Observation N° 15

Mr MOU... Joseph, 26 ans, employé à la SNCF, célibataire.

- Diagnostic : schizophrénie.

- Antécédents :

Pas d'antécédent somatique. Milieu familial perturbé, cristallisant la pathologie du groupe sur Joseph : "c'est depuis sa maladie que la mère est aussi anxieuse, que sa soeur est anorexique..." mère particulièrement ambivalente et rejetante (état dépressif lorsqu'elle attendait son fils). Père relativement effacé et ointain. Une soeur proba-

blement psychotique. Développement infantile normal : "beau bébé..." enfant paisible mais craintif. Scolarité normale jusqu'à l'âge de 17 ans. A l'adolescence, désintérêt, apathie, apragmatisme pour lesquels il fait un séjour en clinique de 6 mois. A sa sortie éloignement du milieu familial et rechute. Il est hospitalisé pour la première fois à St-Jean-de-Dieu en 1967 et présente une invasion schizophrénique franche avec : poussée dissociative, détachement, sentiment d'étrangeté bizarreries, impression qu'on se moque de lui, qu'il n'est pas tout à fait comme les autres. Une cure de sakel est alors entreprise et apporte une nette amélioration. Mais, réformé de la SNCF il ne retrouve pas de travail à la sortie et rechute à nouveau. A partir de cette époque 4 hospitalisations successives aux travers desquelles le malade cherche réassurance et protection le plus souvent dans un tableau d'aboulie, d'apragmatisme, avec désir de régression(demande de le laisser "toujours dormir", petite TS).

- Histoire actuelle :

Le malade revient pour la 6e fois au début de l'année 1972 après avoir abandonné son travail en atelier protégé, et après avoir pendant quelques mois tenté de récupérer auprès de sa mère un maternage qui n'en était pas moins ambigu (conflit réactivé très rapidement). A son entrée, tableau d'apragmatisme, d'indifférence affective sans la moindre possibilité d'extérioriser ou de verbaliser son angoisse et les problèmes qui s'y rattachent. La distance relationnelle qu'il crée rend seule possible une approche médicamenteuse par laquelle on essaie de le dynamiser, (décanoate en janvier 1972 à raison de 75 mg toutes les 3 semaines associé à de la lévomépromazine et de l'anafranil). Il sort fin mars.

- Résultats :

Meilleure intégration sociale : reprise de son activité en atelier protégé, inscription à une FPA, prise de distance par rapport au milieu familial (logement personnel en ville) passage du permis de conduire, intégration dans des groupes de jeunes. Meilleure implication affective : contact moins superficiel avec l'équipe, extériorisation de ses problèmes.

Amélioration notable.

Pas d'effet secondaire observé.

Observation N° I6

Mr POI... Roger, 39 ans, célibataire, aide-magasinier.

- Diagnostic : schizophrénie hétérocatatonique.

- Antécédents :

Hérédité psychopathique chargée : père âgé de 52 ans hospitalisé depuis 12 ans dans la maison, psychotique. Un frère de 23 ans ayant subi un saut, une sœur suicidée à l'âge de 20 ans. Mère décédée des suites d'accouchement. Elevé par une vieille tante. Scolarité normale jusqu'à l'âge de 15 ans, travaille ensuite comme manoeuvre pendant deux ans. Service militaire en 1952 en Allemagne. Schizoïdie évolutive : reste seul, sans ami, malade timide, parlant peu, loisirs solitaires. Etat dépressif à 18 ans. Première entrée en hôpital psychiatrique en 1959 à l'âge de 28 ans : invasion schizophrénique avec indifférence affective, apragmatisme, autisme, syndrome d'automatisme mental (entend des voix qui lui disent qu'il est "cinglé"). Le saut entrepris alors apporte une amélioration de courte durée, il rechute un mois plus tard et on assiste à une désagrégation progressive avec enfoncement dans la psychose, asilification.

- Histoire actuelle :

Episode aigu : mutique, autistique, état de dépersonnalisation ne sachant plus qui il est, perte de ses limites. On envisage alors chez ce malade chronique asilifié une thérapeutique incisive.

- Résultats :

Malade moins dissocié, au contact meilleur mais restant encore apragmatique. Une perspective de sortie ne peut être envisagée qu'à très long terme.

Aucun effet secondaire.

Légère amélioration.

Observation N° I7

Mr MIN... Roger, 52 ans, célibataire, menuisier.

- Diagnostic : schizophrénie hétérocatatonique.

- Antécédents :

Père percepteur, personnalité rigide, anxieuse, probablement obsessionnel. Décédé. Mère en vie totalement rejetante : depuis plusieurs années refuse tout contact avec son fils ou l'équipe ("elle est malade, elle a beaucoup de travail, elle a ses petits enfants dont

elle doit s'occuper"). Développement infantile normal . Scolarisation très difficile (débilité probable). A l'adolescence hyperémotivité, craintes immotivées, réactions anxieuses. Les premiers troubles remontent à l'âge de 20 ans et l'éclatement schizophrénique coïncide avec le bombardement de Givors en 1940 ; il est alors hospitalisé et présente un tableau dissociatif avec actes incohérents, fugues, compulsions, rires immotivés, mutisme, apragmatisme. Sort au bout de 3 mois, mais est réhospitalisé à la suite d'actes impulsifs violents dirigés contre son frère. De 1942 à 1968 il se présente comme un schizophrène chronique, discordant, autistique avec des périodes d'excitation psychomotrice au cours desquelles il devient agressif.

- Histoire actuelle :

En 1968, poussée délirante et hallucinatoire à thème de réminiscence avec syndrome d'influence (on veut sa mort,...) cenesthopathies bizarres au niveau du cou à type d'étranglement. Cet épisode délirant survient alors qu'il était sous trifluopérazine. 4 ans plus tard, devant la persistance de son installation dans une existence asilaire où aucun désir n'est réellement exprimé, où l'apragmatisme persiste, on envisage pour la seconde fois une thérapeutique mobilisatrice (décanolate 75 mg toutes les 3 semaines) qui provoque une réactivation délirante avec libération de fantasmes où il est question d'eau, de feu, d'argent. Parallèlement mise à jour de vieux traumatismes oraux subis alors qu'il était en nourrice, extériorisation enfin de mauvais objets intériorisés où il est question de réminiscence de la période où il travaillait à la verrerie "pour faire plaisir à sa famille" et où il avalait du sable de verre "ça reste dans le corps et ça fait des pointes..."

- Résultats :

Chez ce sujet hospitalisé depuis 30 ans la thérapeutique mobilisatrice semble à deux reprises avoir mobilisé ses défenses psychotiques et réactivé des expériences délirantes. Nous avons pour ces raisons interrompu la forme retard pour passer à la fluphénazine per os associée à une thérapeutique sédative.

Observation N° 18

Mr GLU... Stanislas, 45 ans, célibataire, ...

- Diagnostic : Schizophrénie hébéphréno-catatonique.

- Antécédents :

Parents vivants, séparés après de nombreuses années de

mariage. Stanislas vivant auprès de sa grand-mère. Enfance et adolescence difficiles : troubles caractériels, agressivité, réactions antisociales. Se présentait alors comme un déséquilibré instable. Il n'a jamais pu travailler. La première hospitalisation en 1953 à l'âge de 24 ans a lieu dans un tableau d'agitation psychomotrice avec agressivité syndrome d'influence : sentiment de n'être plus maître de son cerveau ; impression d'être coupé du monde. Malgré un traitement à base de chlorpromazine et de lévomépromazine on ne note aucune amélioration sur le plan structural, seules s'atténuent les réactions agressives. La stabilisation est difficile et longue à obtenir ; le fond d'apragmatisme persiste, comportement autistique dans le service. Seules productions du malade : quelques écrits philosophiques et poétiques. Devant cet état, on envisage une thérapeutique incisive (onéanthate de fluphénazine) sans grand résultat. En janvier 1972 on transforme le moditen en modécate.

- Résultats :

Après 5 mois de traitement, pas de modification du fond mental, mais atténuation de l'apragmatisme, et légère amélioration du contact permettant une prise en charge psychothérapique du malade. Mais il s'agit d'une schizophrénie enkystée pour laquelle le pronostic ultérieur reste très réservé.

Pas d'effet secondaire.

Légère amélioration.

B - SCHIZOPRENIES PARANOIDES (13 cas)

Observation N° 19

Mr CAS... Antoine, 28 ans, marié sans enfant,

- Diagnostic : Schizophrénie paranoïde sur fond dysthymique maniaco-dépressif. Fond de débilité.

- Antécédents :

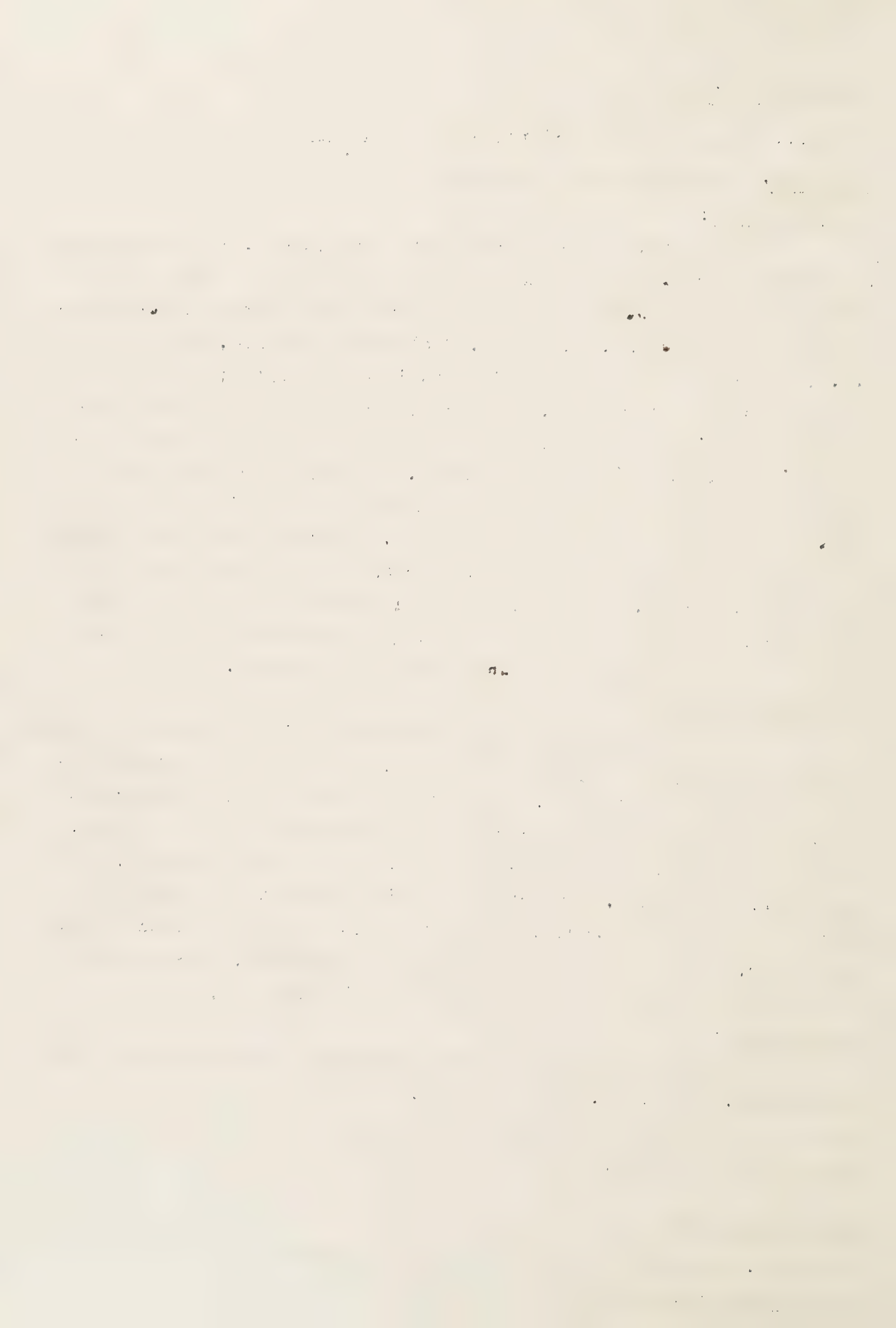
Assistance publique jusqu'à l'âge de 12 ans, placé ensuite dans des fermes, à l'adolescence manoeuvre dans une usine. C'est à ce moment qu'il fréquente le "milieu" pendant 3 ans et à la suite d'une "trahison" où il est menacé de mort développe un accès psychotique dissociatif avec délire de persécution (on l'entraîne dans un trafic de traites des blanches, il est espionné, on le suit dans la rue pour le tuer, on l'observe à travers les murs) avec fugues multiples à PARIS. Il est hospitalisé 6 fois de 1968 à 1969 tantôt dans un état maniaque, tantôt dans un état dépressif ou dissociatif. On le stabilise relativement avec des neuroleptiques habituels. Il se marie en 1970 avec une femme psychopathe alcoolique ce qui entraîne des conflits multiples à l'origine d'une grande instabilité professionnelle. Prise de traitement irrégulière et à nouveau hospitalisation. Essai de moditen retard en mars 1971 (5 ampoules tous les 15 jours). Apparition de troubles secondaires à type de crampes, vomissements, crises oculogyres cédant sous ponalide. Mais l'effet du moditen s'épuise par ailleurs et de gros troubles secondaires difficiles de correction obligent à utiliser préférentiellement le modicate à des doses plus faibles (3 ampoules 25 mg toutes les 3 semaines + ponalide).

- Résultats :

En 3 mois restructuration progressive, normalisation thymique, sortie et reprise de son activité professionnelle, relations conjugales plus satisfaisantes.

Aucun effet secondaire.

Amélioration très satisfaisante.



- Antécédents :

Parents cultivateurs, rejetants et peu coopératifs. Deux frères. Enfance et adolescence apparemment sans élément psychopathique. Cependant, mauvaise relation au groupe familial. Les premiers troubles remontent à 1971 où il présente un accès schizophrénique aiguë avec thèmes délirants mystiques et persécutoires "on le drogue, on veut se débarrasser de lui... il est en communication avec Dieu qui lui fait des révélations sur l'avenir de la planète". L'épisode psychotique est rapidement nettoyé sous neuroleptiques habituels, mais deux mois après sa sortie il rechute à nouveau sur un mode délirant, les thèmes restant fixes. Réticences. C'est à la suite d'une mauvaise prise thérapeutique qu'il revient en mars 1972.

- Histoire actuelle :

Bouffée délirante à thèmes mystiques et paranoïdes, syndrome d'automatisme mental (une voix lui dit qu'il sera empoisonné, damné, et jeté aux enfers). Inhibition psychomotrice, désimplification affective, attitude opposante. Sous modécate (compte-tenu de ses mauvaises prises médicamenteuses, compte-tenu aussi du peu de coopération du milieu familial) les éléments délirants s'amendent, bientôt il reprendra son travail.

- Résultats :

Excellents. Aucun effet secondaire. Meilleure tolérance de la part du groupe familial.

Observation N° 22

Mr LOP... Antoine, 42 ans, célibataire, fondeur.

- Diagnostic : Schizophrénie paranoïde. Ethylisme psychotique.

- Antécédents :

Père décédé alors qu'il avait 12 ans d'une tuberculose pulmonaire. Personnalité psychotique probable (s'enfermait des heures entières dans sa chambre ne supportant d'être dérangé par quiconque parlant très peu, redoutant tout contact avec des personnes étrangères à la famille). Mère hyperanxieuse, établissant un lien fusionnel avec son fils unique depuis la mort du père. La phase d'invasion a été très progressive, le début de l'affection remontant à la période adolescente. Le malade présentait alors une série d'états mixtes atypiques (juxtaposition d'éléments pseudomaniacaux et d'éléments dépressifs). En 1957 syndrome schizophrénique franc avec importante dissociation,

ambivalence, important apragmatisme, perplexité syndrome d'automatisme mental, hallucinations visuelles et auditives, enfin délire mal systématisé au sein duquel on arrive néanmoins à distinguer une érotomanie avec importants sentiments de culpabilité. Par la suite, mécanisme hallucinatoire prédominant. Une stabilisation temporaire était obtenue grâce à un traitement chimiothérapique par les buthyrophénones. Il rechute 3 années plus tard dans un tableau où prédomine un syndrome d'influence avec phénomènes interprétatifs. Etat dissociatif. Une insulinothérapie lui permet de sortir six ans.

- Histoire actuelle :

En 1971 rechute. Délire mal systématisé à thèmes polymorphes. Impénétrabilité, indifférence affective, apragmatisme. Sous modecate (75 mg toutes les 3 semaines associé à ponalide et anafranil) légère amélioration. C'est seulement après 6 mois de traitement qu'on peut observer des réactions affectives plus adaptées, les éléments délirants ayant disparu beaucoup plus rapidement.

- Résultats :

Effets secondaires : manifestations dysesthésiques précoces cédant rapidement sous diparcol.

On peut considérer ce résultat comme satisfaisant.

Observation N° 23

Mr BRA... Nicolas, 27 ans, célibataire, employé de bureau.

- Diagnostic : schizophrénie paranoïde, troubles cyclothymiques.

- Antécédents :

Fils unique, parents âgés hyperprotecteurs (auraient bien voulu une fille...) pas d'antécédent psychopathique connu, pas d'antécédent somatique. Enfance et adolescence dans trouble apparent. La première hospitalisation date de Mai 1968 : accès maniaque labile avec inversion de l'humeur et évolution vers un vécu paranoïde (inquiet, se ferme chez lui, se sent traqué, poursuivi, parle de guerre civile et de fin du monde). Après une thérapeutique sédatrice et anti-psychotique il sort mais rechute rapidement sur un mode dépressif avec syndrome d'automatisme mental. Le diagnostic de schizophrénie paranoïde avec troubles thymiques se confirme. Il sort à nouveau mais la prise irrégulière de traitement entraîne une rechute.

- Histoire actuelle :

Cette fois, le malade présente un délire de type érotomaniaque

dont l'objet amoureux est Sylvie Vartan, délire s'inscrivant dans un accès maniaque au cours duquel il émet des chèques sans provision, s'endette dans les jeux. Devant cette symptomatologie, on tente un traitement à base de modécate à dater de février 1972, (50 mg tous les 15 jours, le malade métabolisant très rapidement. Association de ponalide et de tementil).

- Résultats :

Stabilisation du processus schizophrénique, disparition des idées délirantes, reprise de son activité, stabilisation thymique, mariage.

Pas d'effet secondaire.

En somme, amélioration sensible.

Observation N° 24

Mr MER... Gérard, 24 ans, célibataire, cultivateur

- Diagnostic : schizophrénie paranoïde, fond de débilité mentale

- Antécédents :

Né de parents âgés, décès de la mère au cours d'une cirrhose alcoolique alors qu'il était âgé de 7 ans. Placé dès cet âge en I.M.P. puis en atelier protégé. Les premiers troubles débutent en janvier 1968 : invasion schizophrénique : sentiment de transformation corporelle, convictions délirantes centrées sur le personnage de Sebastien (feuilleton télévisé de Cecile Aubry) ; fugues ; hallucinations auditives et olfactives. Une thérapeutique à base de Nozinan et tementil entraîne chez lui des crises convulsives ; après avoir diminué son traitement il sort. Mais rechute rapide, 2 mois après dans un tableau identique : bouffée délirante, fugues, agressivité envers son père et les monitrices de l'atelier protégé. En 2 mois les symptômes s'amendent, mais il ne sort que peu de temps prenant très irrégulièrement son traitement.

- Histoire actuelle :

Reprise du syndrome schizophrénique avec thèmes de persécution, athymormie, refus des médicaments qui oblige à envisager une thérapeutique retard (modécate 50 mg toutes les 3 semaines).

- Résultats :

Expérience délirante liquidée, amélioration du contact, meilleure acceptation du traitement, reprend son activité à l'atelier protégé. Pas de syndrome secondaire (tracé EEG normal sous modécate) En somme, amélioration.

Observation N° 25.

Mr CHA... René, 51 ans, marié, journalier agricole.

- Diagnostic : débilité mentale schizophrénisée sur un mode paranoïde.

- Antécédents :

Parents fermiers, en bonne santé, pas de notion d'antécédent psychopathique. Deuxième d'une fratrie de cinq. Sclolarité normale jusqu'à 14 ans, travaille ensuite dans l'exploitation familiale. Se marie à 22 ans malgré le désaccord et l'opposition des beaux parents avec qui il habitera par la suite, ce qui explique l'importance des conflits familiaux observés par la suite, (il est à signaler chez le malade une croyance marquée pour la sorcellerie). La première hospitalisation a lieu en 1955 (placement d'office): bouffée délirante sous l'action de forces occultes, tue avec son fusil de chasse beau-père et belle-mère. A l'entrée syndrome d'automatisme mental, délire d'influence : "son beau-père était de connivence avec le sorcier et trafiquait contre lui". De la croyance brute du pouvoir sorcier il saute dans un délire polymorphe. Avant le meurtre période féconde du délire où il était ensorcelé. Persistance encore en 1965, du syndrome délirant vis-à-vis de sa famille ; mauvaise acceptation des traitements. Sous modécate (4 ampoules 25 mg toutes les 3 semaines + ponalide) en 5 mois, il commence à critiquer ses expériences délirantes et parle du "drame" avec possibilité de prise de distance.

- Résultats :

Relativement satisfaisant compte-tenu de l'importance et de la persistance pendant de nombreuses années du délire. Pas d'effet secondaire en dehors d'un léger tremblement parkinsonien bien corrigé par artane 5 mg.

Observation N° 26

Mr FOU... François, 36 ans, célibataire, cultivateur.

- Diagnostic : schizophrénie délirante ancienne.

- Antécédents :

Famille de cultivateurs, trois frères, 1 soeur. Pas de problème particulier dans l'enfance et l'adolescence en dehors d'une faible socialisation. S'engage dans la Légion étrangère à 18 ans, mais développe un accès psychotique à Oran à l'âge de 22 ans, et rentre alors en France. La première hospitalisation a lieu en 1963

placement d'office. Etat de dissociation aigüe, idées délirantes à thème persécutoire, délire de filiation. Le traitement continu le maintient 2 ans et lui permet de reprendre une vie normale mais en 1965 nouvelle bouffée dissociative avec idées délirantes, discordance, néologismes, et troubles du cours de la pensée. Troisième hospitalisation en 1971, délire au premier plan à thème mystique et persécutoire. On prescrit à ce moment du moditen bien accepté par le malade, transformé en décembre 1971 par le modécate (2 ampoules toutes les 3 semaines + heptamyl + artane). Depuis février 1972 nette amélioration, idées délirantes nettoyées, sortie et reprise de travail.

- Résultats :

Satisfaisants, pas d'effet secondaire.

Observation N° 27

Mr DUR... Henri, 38 ans, célibataire,

- Diagnostic : débile schizophrénisé secondairement ; épilepsie.

- Antécédents :

Né cyanosé, réanimé. Développement psychomoteur difficile, pas d'antécédent psychopathique à notre connaissance. Milieu d'origine rurale. Mère très hyperprotectrice. Scolarisation difficile, n'arrive pas jusqu'au CEP. Hospitalisé pour la première fois en 1957 à l'âge de 15 ans, il présente alors un syndrome schizophrénique typique : négligence totale de la tenue, aspect hébété, rires immotivés, troubles du cours de la pensée : barrages, réponses lentes et brèves. Automatisme mental (écho de la pensée avec menaces : "on te coupera la tête si tu ne travailles pas"). Une cure de sakel de 60 comas est alors entreprise et apporte une amélioration satisfaisante sur le plan dissociatif. Cependant persistance de l'agitation psychomotrice avec accès de colère, agressivité envers l'équipe, (menace d'étrangler un infirmier). Dans les années qui suivent apparition de troubles caractériels se développant sur des crises comitiales. La sortie a rarement pu être envisagée, mais afin de permettre une neuroleptisation moins importante et une amélioration des troubles thymo-caractériels on prescrit en janvier 1972 3 ampoules de modécate toutes les 3 semaines.

- Résultats :

Satisfaisants, en raison des liens plus harmonieux qu'il établit avec l'équipe et les autres malades. Depuis peu de temps part régulièrement en permission dans son milieu familial.
Pas d'effet secondaire.

Observation N° 28

Mr GAL... Antoine, 42 ans, célibataire, manoeuvre.

- Diagnostic : schizophrénie paranoïde.

- Antécédents :

Origine italienne. Hérédité psychopathique chargée : grand-mère atteinte de troubles mentaux d'allure cyclothymique. Père décédé, structure psychotique. Enfance sans trouble apparent. Après le décès de son père vient travailler en France avec son frère. Après 2 ans, apparition des premiers troubles évoluant rapidement vers une psychose schizophrénique : hospitalisation en 1952 dans un tableau d'automatisme mental avec interprétations délirantes sur l'attitude de son entourage en particulier dans son milieu professionnel. Sentiments de culpabilité. Un sahel est entrepris permettant une stabilisation jusqu'en 1956. En 1956, PO, sous l'effet d'expériences délirantes actes anti-sociaux : agressivité envers la personne de son employeur qu'il tente d'étrangler ; malade dissocié, troubles du cours de la pensée (incohérences verbales et barrages), maniérisme. Sous largactil et tementil les troubles s'amendent progressivement et il sort. De 1956 à 1972 plusieurs hospitalisations toujours dans le même tableau interprétatif, entrecoupées de courts essais de réadaptation socio-professionnel.

- Histoire actuelle :

Réhospitalisation en 1970 avec syndrome d'influence doublé d'hallucinations visuelles (est réveillé la nuit par des fantômes qui le menacent d'attenter à son existence et lui rendent le sommeil impossible). Après 6 mois de moditen on passe au modicate (2 ampoules toutes les 3 semaines).

- Résultats :

Délire nettoyé, sortie et reprise de travail.

Effets secondaires : tremblements d'apparition tardive bien corrigés par akynophyl.

Résultat satisfaisant.

Observation N° 29

Mr DUP..., 25 ans, célibataire, cultivateur.

- Diagnostic : schizophrénie paranoïde.

- Antécédents :

Rien à signaler dans ses antécédents familiaux psychopathiques

Parents agriculteurs. Début apparent de l'affection en 1968, il a 21 ans. A son retour du service militaire invasion schizophrénique brutale se traduisant par des manifestations excitomotrices avec troubles du comportement : agressivité dirigée contre son frère et sa mère qu'il frappe, contre ses voisins qu'il injurie. Traits projectifs paranoïdes. Il fait à cette époque un séjour à Champvert de 6 mois où il subit un saut. Premier séjour à St-Jean-de-Dieu en 1969 : tableau de schizophrénie paranoïde avec syndrome de dissociation : discordance dans la sphère de l'affectivité, sentiments d'étrangeté. Troubles du cours de la pensée : barrages et néologismes. Idées délirantes mal systématisées à thèmes multiples parmi lesquelles on retrouve des idées de filiation et de persécution. Sous terfluzine et nozinan le malade se restructure progressivement mais reste très réticent et ambivalent à l'égard du traitement, par ailleurs agressivité dans le service. C'est pourquoi on prescrit du moditen retard qui n'apporte aucune amélioration des troubles thymo-caractériels. En janvier 1972, on passe au modécate (3 ampoules de 25 mg + ponalide toutes les 3 semaines). Depuis 2 mois malade plus harmonieux.

- Résultats :

Disparition des réactions impulsives et caractérielles, permettant d'envisager des permissions plus fréquentes sans observer de conflit. Bonne intégration de la thérapeutique retard. F.P.A. de peintre-platrier en cours. Pas d'effet secondaire. Nette amélioration.

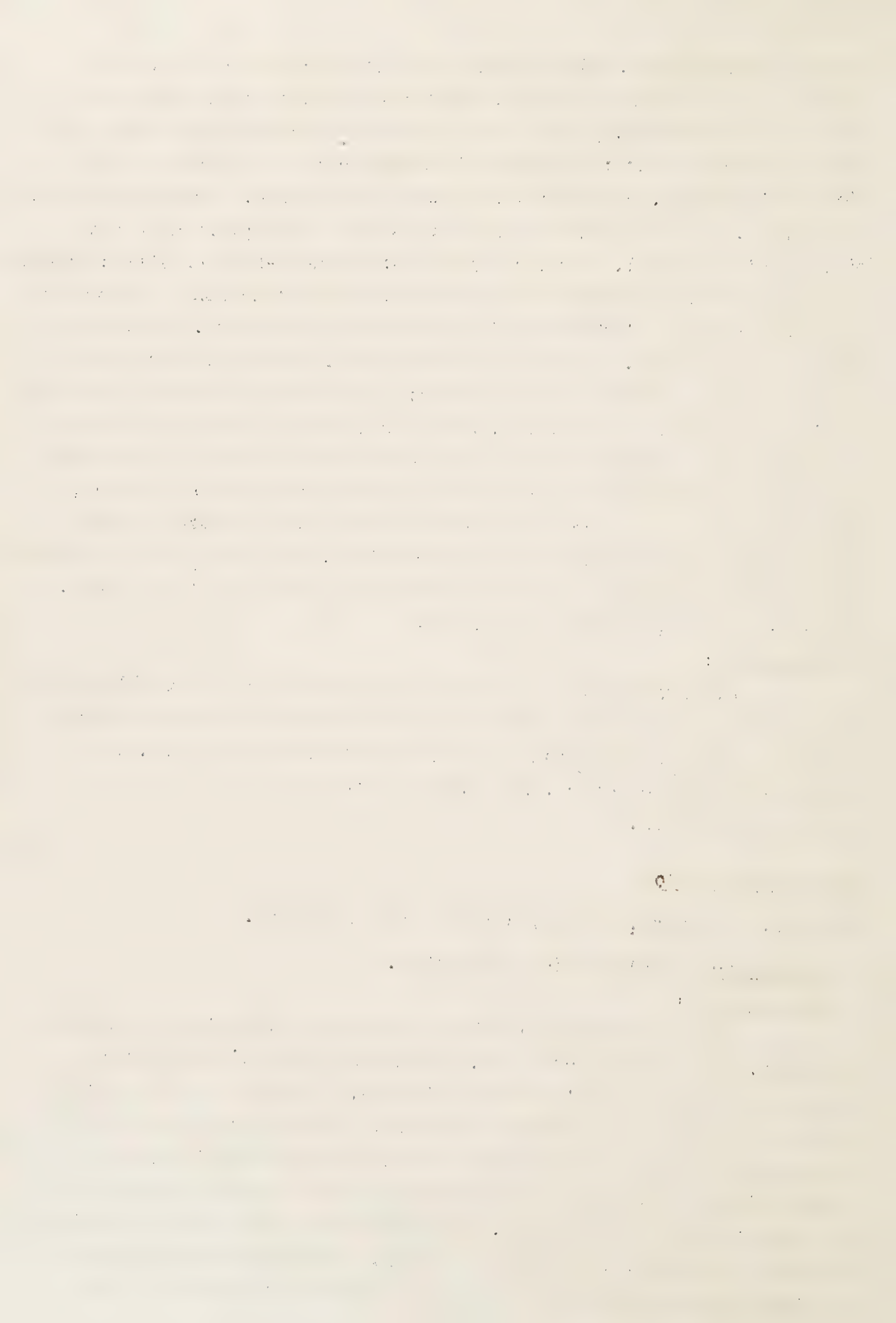
Observation N° 30

Mr CHA... Raymond, 48 ans, célibataire, manoeuvre.

- Diagnostic : Schizophrénie paranoïde.

- Antécédents :

Père alcoolique, impulsif ; mère très volubile au discours délirant. Deux frères morts nés. Obtention du SAP d'électricien à 16 ans, travaille jusqu'à l'âge de 18 ans. A partir de cette époque, instabilité dans ses différents emplois. Service militaire pendant 16 mois dont il est réformé pour "défaillance nerveuse". Hyperémotivité constitutionnelle. Début des troubles en 1951 : perte progressive de contact avec son entourage. Etat dépressif avec idées de suicide, d'allure schizoïde. Troubles du sommeil, hallucinations visuelles (se voit la nuit entouré de SS qui le menacent) troubles de la



mémoire, syndrome d'automatisme mental : entend des hommes et des femmes lui parler de contre-espionnage. Sous largactil et halopéridol le délire s'atténue, il sort au bout d'un an. Rémission de 8 ans. Deuxième hospitalisation en 1958 : bouffée d'excitation, hallucinations visuelles, état dissociatif (voit en lui deux personnages : un qui serait espion et un autre chef de l'armée allemande). Malgré un traitement neuroleptique classique persistance des mêmes thèmes délirants, état d'apraxisme, installation dans la chronicité.

- Histoire actuelle :

Malade toujours halluciné, délirant, au contact fuyant chez qui on tente une thérapeutique incisive : modecate en décembre 1971 (4 ampoules + ponalide ≠ Anafranil)

- Résultats :

4 mois plus tard malade critiquant ses expériences délirantes, amélioration du contact. Compte-tenu de l'ancienneté et de la gravité de la psychose on peut conclure à un bon résultat. Pas d'effet secondaire noté jusque là.

Observation N° 31

Mr REM... Maurice, 39 ans, marié, 2 enfants, ouvrier chez Berliet.

- Diagnostic : Schizophrénie paranoïde.

- Antécédents :

Hérédité psychopathique : mère hospitalisée au PUY depuis de nombreuses années pour schizophrénie avec fond dysthymique maniaco-dépressif. Père éthylique, maçon. Un frère et une sœur. A toujours eu un caractère "spécial", fond schizoïde. Il se marie à 23 ans à une italienne avec qui il se montre très vite jaloux, méfiant. A la suite d'une dispute avec son employeur, il interrompt son travail pendant 6 mois, joue son argent, endette rapidement le ménage. Il est hospitalisé en 1961 dans un état de dissociation important : malade halluciné en attitude d'écoute ; syndrome d'automatisme mental : est sous l'emprise d'un appareillage qui l'espionne, le menace. Le malade est traité par la chlorpromazine. Il ressort amélioré, mais 6 mois plus tard rechute dans un tableau interprétatif : on parle de lui, on lui veut du mal, sa femme le trompe... Sous l'emprise de ce délire paranoïde, il se montre violent, menace de tuer et d'étrangler sa femme. Idées de suicide surajoutées. A l'entrée, malade indifférent, athymor-mique, détaché. Malgré une cure de sakel, aucune amélioration :

persistance du syndrome d'étrangeté et d'influence. Le malade alors placé dans un service de chroniques s'asile progressivement, déambulant dans les services, le regard vide, évitant tout contact avec quiconque. Sur ce fond autistique se greffent épisodiquement des expériences délirantes paranoïdes : on chuchote autour de lui, on se moque de lui, il est mauvais. On prescrit en janvier 1972 une thérapie dynamisante, et malgré l'existence d'une mauvaise relation au médicament vécu comme punition infligée par l'équipe (cénesthopathies multiples lorsqu'il avale ses comprimés avec sensation de brûlures, de picotements), il accepte ce nouveau traitement.

- Résultats :

Bonne intégration de la forme injectable et retard. Amélioration du contact, malade moins fuyant. Disparition du vécu paranoïde. On ne peut cependant tirer de conclusion définitive étant donné la gravité de la psychose. Une perspective de resocialisation est une entreprise envisageable à très long terme, cependant les dernières permissions dans le milieu familial ont été plus satisfaisantes qu'auparavant.

Aucun effet secondaire.

Légère amélioration.

C) SCHIZOPHRENIE AVEC TROUBLES CYCLOTHYMIQUES

Observation N° 32

Mr TRA... Gérard, maçon, célibataire, 33 ans.

- Diagnostic : Personnalité schizophrénique doublée de troubles cyclothymiques.

- Antécédents :

Issu de milieu rural. Aîné d'une fratrie de onze. Parents retraités. Père éthylique ; personnalité maniaco-dépressive probable. Famille unie, laborieuse. Scolarité médiocre, pension à l'âge de 14 ans, apprenti-maçon de 16 à 18 ans. Service militaire en Algérie. Tempérament inquiet, soucieux, renfermé. Cependant depuis son tout jeune âge impression de n'être pas comme les autres, malaise indéfinissable, impression par ailleurs d'avoir reçu un sort du diable (influence socio-culturelle du milieu). Depuis de nombreuses années, se présentait comme un cyclothymique avec manifestations dépressives à l'automne

et manifestations hypomaniaques en été. Première hospitalisation en 1972 : idées délirantes d'influence et de possession : impression d'avoir reçu un coup sur le cerveau dont tout le côté droit serait paralysé. Troubles du cours de la pensée du type dissociatif. Des manifestations mélancoliques se surajoutent à ce tableau. C'est pourquoi on envisage une thérapeutique à base de décanoate (75 mg toutes les 3 semaines passé ensuite à tous les 15 jours du fait de l'apparition d'éléments dépressifs en fin de troisième semaine).

- Résultats :

Amélioration importante. Idées délirantes nettoyées, contact plus satisfaisant permettant une prise en charge relationnelle. Pas d'effet secondaire.

10

II - DELIRES CHRONIQUES

Observation N° 33

Mr ARC... Gilbert, 42 ans, ouvrier polyvalent en mécanique générale, célibataire.

- Diagnostic : Paraphrénie extensive.

- Antécédents :

Originaire de NICE. Père coordonnier, un demi-frère. Etude de comptabilité, mais n'a jamais exercé son métier. Antécédents psychopathiques chargés : hospitalisations multiples au cours de flambées psychotiques (Nice, Lyon, Bel-Air). Perturbations somatiques sévères : Basedow à 15 ans puis insuffisance thyroïdienne secondaire. Les expériences délirantes réapparaissent lors d'événements existentiels douloureux (première hospitalisation à la suite du décès de son frère) mais ces épisodes cèdent bien sous thérapeutique. La première hospitalisation dans nos services a lieu en Mai 1969 : riche production délirante où il est question de fellaghas, de facsistes, de dialogue avec les morts. Il est médium. Thematique extravagante imprégnée de fantasmes à l'état pur. Un traitement neuroleptique retard est alors institué : moditen 3 ampoules 25 mg tous les 15 jours associé au diparcol et au nozinan. Cependant l'importance des effets secondaires akineto-hypertonique avec syndrome extrapyramidal conduit à utiliser mèdecate (3 ampoules toutes les 3 semaines).

- Résultats :

Liquidation des expériences délirantes avec critique. Comportement amélioré sur le plan du contact, anxiété atténuée. On peut admettre qu'il s'agit d'un bon résultat compte-tenu des riches phénomènes délirants observés jusqu'alors. Malade sorti depuis 4 mois, travaillant normalement.

Pas d'effet secondaire .

Nette amélioration.

Observation N° 34

Mr SUA... Patrick, 22 ans, célibataire, surveillant d'internat, licencié en philosophie.

- Diagnostic : délire ~~paraphrénique~~ paraphrénique.

- Antécédents :

Père instituteur décédé. Mère homosexuelle, vivant avec sa conjointe au foyer (origine aristocratique de cette dernière) qui comblait Patrick de cadeaux. Pas d'antécédent psychopathique à notre connaissance. Développement infantile et adolescence normale. Les premiers troubles remontent à 1970 : épisode délirant aigu à thème de filiation (il est le fils de la baronne de Lavallière...) automatisme mental, transmission de pensées. Il est à préciser que l'invasion délirante coïncide avec le début de ses études de philosophie. Ce délire de filiation évolue vers un délire érotomaniaque centré sur la personne d'un de ses professeurs. Sous halopéridol, largactil et nozinan il est sensiblement amélioré, et reprend ses études. La paraphrénie suivant son cours une nouvelle rechute a lieu en 1972.

- Histoire actuelle :

Délire avec les mêmes thèmes de filiation et d'érotomanie émission de chèques sans provision (sa mère est très riche, elle paiera...). Sous modécate 2 ampoules 25 mg pendant 3 semaines, gommage complet du délire avec critique des idées délirantes, mais la réapparition de ces dernières quelques jours avant l'injection ont conduit à rapprocher les injections tous les 15 jours (jeune homme très maigre, métabolisant rapidement). Secondairement apparition de défenses hystériques. Tentative de réinsertion professionnelle en cours. Effets secondaires : asthénie les premiers jours suivant l'injection. Amélioration importante.

Observation N° 35

Mr FOU... Pierre, 42 ans, cultivateur, célibataire.

- Diagnostic : évolution progressive d'une schizophrénie vers un délire chronique de persécution pauvre et naïf sur fond de débilité mentale.

- Antécédents :

Père psychopathe, appoint éthylique, de milieu rural. Mère débile. Un frère plus âgé éthylique. Enfance et adolescence normales, cependant scolarisation difficile. Travaille à l'exploitation familiale jusqu'à la période du service militaire où il présente les premiers symptômes. Première hospitalisation en 1960 : barrages, stéréotypie, syndrome d'influence sur son corps (châtré, brulé), hallucinations auditives et visuelles. Un sakel est pratiqué et lui permet une

reprise de son activité professionnelle. Depuis, évolution par poussées successives avec hospitalisations multiples d'un délire de persécution systématisé : ses voisins lui veulent du mal, exercent un pouvoir magique sur lui, le rendent impuissant, et cherchent à le supprimer. En revanche, il possède un pouvoir surnaturel lui permettant de jeter de bons sorts sur son entourage, les protégeant ainsi des maléfices du voisinage. Plusieurs essais de réadaptation professionnelle ont été tentés entre les différentes hospitalisations, se soldant par des rechutes car le malade interrompait la plupart du temps le traitement dès sa sortie et de plus la famille se montrait très peu coopérante.

- Histoire actuelle :

En décembre 1971, réactivation du délire de persécution avec une forte charge d'angoisse. C'est alors qu'on essaie le modécate (3 fois 25 mg toutes les 3 semaines) associé au tementil et nozinan; ce traitement paraissant bien accepté par le malade.

- Résultats :

3 mois plus tard disparition des phénomènes délirants, meilleure insertion dans le réel, reprise de son travail depuis 4 mois. Pas d'effet secondaire observé.
Résultat satisfaisant.

Observation N° 36

Mr ART... Félix, 39 ans, cultivateur, célibataire.

- Diagnostic : délire paranoïaque.

- Antécédents :

Pas d'hérédité psychopathique connue. Pas d'antécédent somatique. Mère décédée en 1941. Père 69 ans, remarié. Une soeur de 40 ans mariée. Enfance et adolescence apparemment sans trouble. Service militaire en Allemagne, depuis vit auprès de son père et de sa belle-mère. Depuis le remariage du père, belle-mère relativement peu tolérante à son beau-fils. Il faut dire que ce dernier à la personnalité rigide, méfiante et hypersusceptible s'affrontait en permanence à une femme autoritaire, ce qui explique la fréquence des situations conflictuelles. La première hospitalisation a lieu en 1971 : délire systématisé centré sur l'objet persécuteur représenté par sa belle-mère : "elle le drogue avec de la viande pourrie, elle le traite d'impuissant parce qu'il se serait "farci" une vache, depuis il n'aurait plus d'organes

sexuels ; elle cherche à se débarrasser de lui pour garder pour elle seule l'argent du "vieux", elle finira bien par le faire coucher dans l'écurie et profitant de son sommeil par le tuer avec une grande fourche". Vécu paranoïde dans le service où il se méfie des autres malades qui doivent aussi penser qu'il est impuissant, mais il aura bien un jour "la peau de sa belle-mère". Devant ce délire de persécution, on prescrit du modécate à raison de 3 ampoules toutes les 3 semaines associé à de la ponalide.

- Résultat :

Après 2 mois de traitement, liquidation des thèmes délirants, critique de ces derniers. Le décès récent du père ne facilite pas une sortie prochaine, la belle-mère de son côté refusant le malade.

Pas d'effet secondaire.

Amélioration satisfaisante.

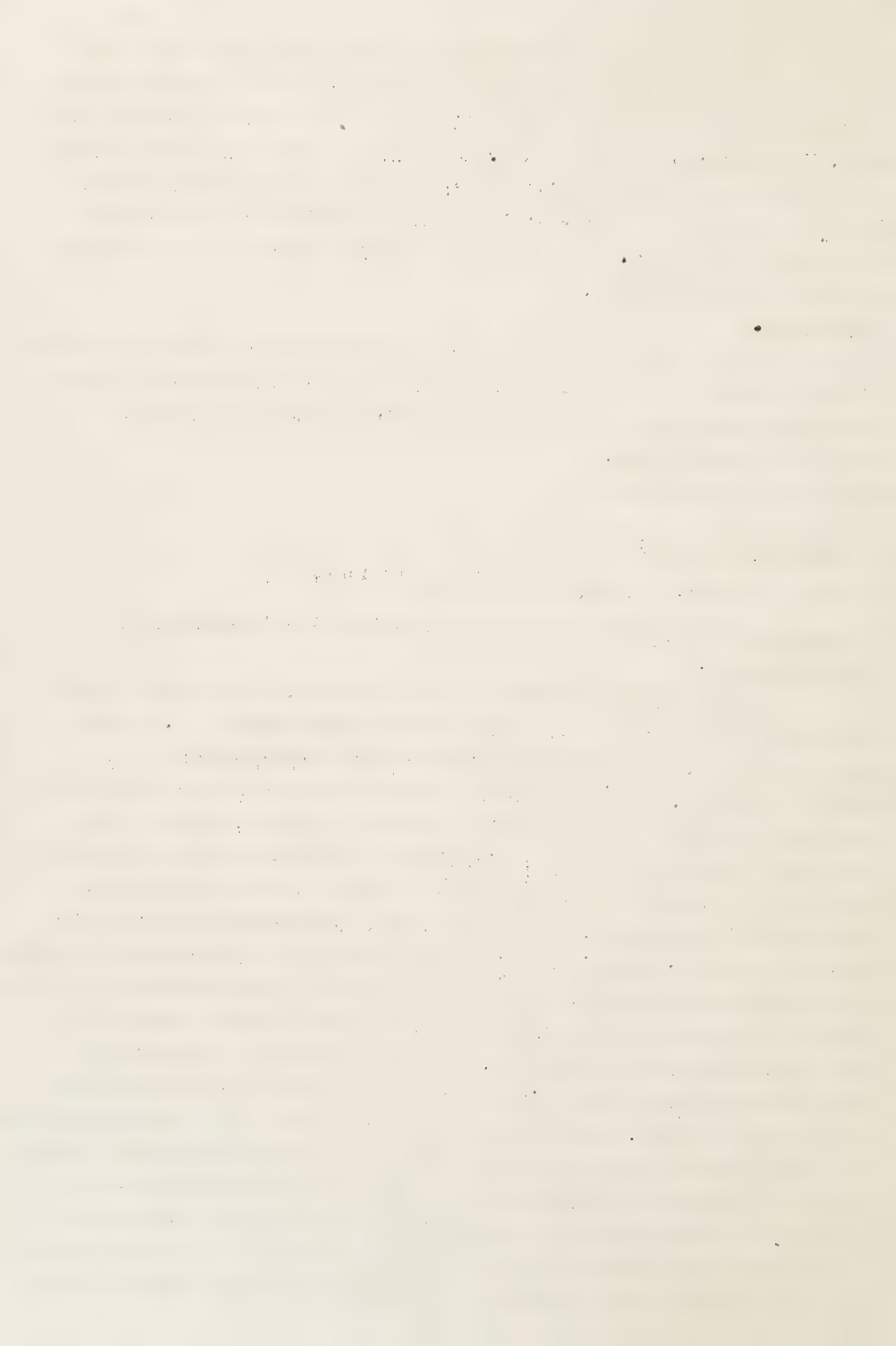
- Observation N° 37

Mr MON... Marcel, 35 ans, marié, OS2.

- Diagnostic : paranoïa : délire de jalousie et de persécution.

- Antécédents :

Père éthylique décédé en 1950 à 52 ans. Mère vivante hyper-anxieuse. Deux frères et une soeur mariés, sans enfant . A noter dans ses antécédents psychopathiques un oncle schizophrène. Enfance normale ; à 10 ans interne jusqu'à l'âge de 18 ans ; mauvaise scolarité ; adolescent caractériel instable, fugueur. Rupture avec le milieu familial à 18 ans ; s'installe à TOULON. 28 mois de service militaire en Afrique du Nord au retour duquel il se marie avec une déséquilibrée psychique. Un fils de 3 ans. Les premiers troubles remontent à 1965 : apparition d'un délire chronique systématisé à 28 ans : il croit que sa femme est droguée, se prostitue, parallèlement qu'on le drogue et que sa tête est mise à prix. Jalousie morbide remontant à ses premières années de mariage. En somme, délire de persécution. Sous thérapeutique à base d'halopéridol, il sort et reprend son travail de 1965 à 1966. Jusqu'à ces dernières années trois hospitalisations de 6 mois chacune dans un tableau délirant à thème de jalousie. Anxiété majeure ; agitation psychomotrice ; troubles du comportement dans le service. De fortes doses de neuroleptiques (600 mg) lui permettent de liquider son vécu délirant, mais lors des sorties une prise de traitement fantaisiste nous a conduit à envisager une thérapeutique retard



moditen en 1971 (3 ampoules tous les 15 Jours). Apparition d'un important syndrome extrapyramidal malgré une couverture anti-parkinsonienne. Essai de modécate en décembre 1971 (2 ampoules 25 mg toutes les 3 semaines).

- Résultats :

Nette amélioration sur le plan des expériences délirantes. Relations conjugales plus satisfaisantes ; meilleure insertion dans le réel.

Effets secondaires : petits tremblements sous modécate bien corrigés par artane.

En somme, bon résultat.

Observation N° 38

Mr OLI... Alfred, 42 ans, chaudronnier, séparé de sa femme.

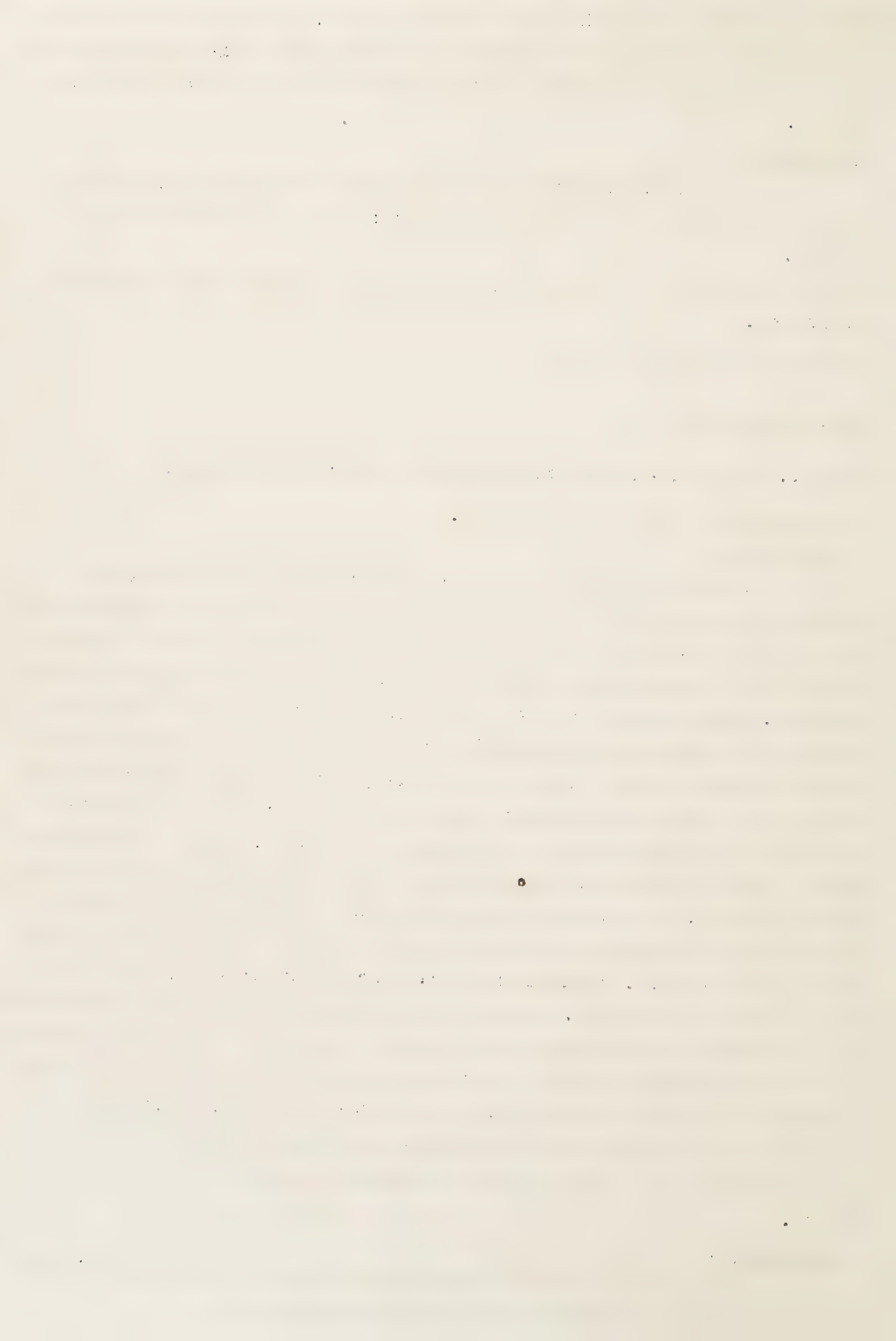
- Diagnostic : délire paranoïaque.

- Antécédents :

Parents décédés, aîné d'une fratrie de 5 ; pas d'élément psychopathique à notre connaissance. Sur le plan somatique ulcère gastrique à 30 ans. Premier développement et adolescence normaux. Hypersensibilité émotionnelle ; immaturité affective, intolérance aux frustrations. Mariage à 35 ans avec une femme plus jeune de 12 ans, sans enfant. Vie conjugale conflictuelle ; est trompé par son épouse depuis de nombreuses années ; elle le quitte il y a 3 ans pour partir avec le voisin. Les premiers troubles remontent à un an : état dépressif à la suite d'un conflit avec la direction de l'usine. Depuis, caractère changé, humeur variable, préoccupations intellectuelles, activité syndicale fébrile. La première hospitalisation a lieu en janvier 1971 : délire mégalomane sur le monde séparé en deux vastes clans, le bon dont il fait partie, où lucidement et avec clairvoyance il tente de lutter contre le mauvais. Sur ce délire se greffe un syndrome d'influence : un cerveau électronique tout puissant lui dicte de grandes vérités à partir desquelles lui-même exerce un pouvoir sur son entourage. Sous modécate (2 ampoules toutes les 3 semaines + ponalide, nozinan et anafranil), ses convictions délirantes disparaissent mais de façon très progressive en 3 mois au bout desquels le malade critique son délire.

- Résultats :

Réinsertion socio-professionnelle depuis 4 mois, pas d'antécédent secondaire en dehors d'une asthénie immédiate.



Observation N° 39

Mr DA.... Stanislas, 40 ans, invalide, sans profession, célibataire.

- Diagnostic : Paraphrénie expansive.

- Antécédents :

Origines polonaises. Parents naturalisés français. Père retraité mineur. 4e d'une fratrie de 8. En raison d'une affection nerveuse à l'âge de 8 mois, atrophie du membre inférieur gauche nécessitant le port d'un appareillage et expliquant sa faible scolarisation. Adolescence dans le cadre familial, où il est surprotégé du fait de son infirmité. Ne travaille pas avant l'âge de 18 ans. Le début des troubles remonte à 1955 où éclate un délire de persécution dans lequel il est la victime de ses frères qui cherchent à l'empoisonner et à détruire sa prothèse. Hallucinations et syndrome d'influence. Un traitement à base de trifluoropérazine est mis en route, mais interrompu par la mère qui retire avec décharge son fils du milieu hospitalier. Il revient en 1963 avec un délire polymorphe à thème mystique et mégalomane : il est persuadé qu'il a un don prophétique et peut exercer un pouvoir sur Dieu et l'Univers. Dès cette époque la psychose évolue de façon périodique : 8 hospitalisations entre 1964 et 1971 au cours desquelles il extériorise un délire paraphrénique riche, polymorphe avec importantes productions fantasmatiques : thèmes mystiques sur la Vierge avec démonstration de piété dans les églises (se roulant par terre, léchant le sol), délire sur Jeanne d'Arc qui lui est apparue et vient le sauver...

- Histoire actuelle :

Hospitalisé en 1971 : état confusionnel, bouffée délirante (menait depuis 8 mois une existence décousue, vagabonde). Rejet familial. A l'entrée, importants troubles du comportement : coprophagie, prosternation dans tout le service, léchant les pieds des autres malades, refus de médicaments. Devant l'importance de la symptomatologie, on prescrit une thérapeutique à base de décanoate, 100 mg toutes les 3 semaines associé à de la lévomépromazine. Après 3 mois de ce traitement liquidation des éléments délirants, comportement très amélioré, reprise de contact avec le réel. Il est sorti depuis 2 mois et exerce une petite activité dans le milieu familial.

- Résultats :

Satisfaisants compte-tenu de l'importance des éléments délirants. Pas d'effet secondaire.

III - PERSONNALITES PSYCHOPATHIQUES

Observation N° 40

- Mr BOU... Henri, 50 ans, célibataire, ouvrier agricole.
- Diagnostic : Déséquilibré psychique. Appoint éthylique.
- Antécédents ;

Abandonné par ses parents dans l'enfance, il est élevé comme pupille d'état dans un orphelinat. Placé comme ouvrier agricole dès l'âge de 16 ans, il passe d'un employeur à un autre. Ivresses pathologiques. Un séjour en prison pour délits en état d'ivresse; est désintoxiqué pour la première fois en 1970, sort 3 mois et est réadmis à nouveau en octobre 1971 dans un tableau d'éthylisme aigu dans lequel s'inscrivent agitation psychomotrice, coups et blessures (expertise médico-légale, placement d'office). Fond de personnalité oscillant entre des moments d'hyperesthésie affective et d'indifférence accentués par un vécu de rejet par la société. En fait, psychopathe sur fond de personnalité schizoïde avec alcoolisation chronique.

- Histoire actuelle :

Deuxième hospitalisation pour une cure à la suite de laquelle il se retranche dans un autisme associé à des actes impulsifs. A ce moment un traitement neuroleptique au long court lui permet de sortir ; mais le moditen est mal toléré (asthénie, dyspnée) et on passe en janvier 1972 au modécate.

- Résultats :

Atténuation des troubles caractériels ; contact moins schizoïde, resocialisation rapide.
Pas d'effet secondaire sous modécate.

Observation N° 41

Mr NOV... Jean, 44 ans, chauffeur de poids lourds, marié. ...

- Diagnostic : alcoolisme psychopathique.
- Antécédents :

Originaire de Varsovie. Enfance difficile, père alcoolique mère décédée à l'accouchement, élevé par sa grand-mère. S'engage à 16 ans dans l'armée allemande où il vit la révolte de Varsovie, est fait prisonnier en 1944 et libéré par les anglais en 1946. Il fait la connaissance de sa femme en Lorraine (les parents de cette dernière tenaient un débit de boissons et lui à cette époque buvait déjà).

Il se marie contre l'avis de sa belle-famille. A partir de cette période s'installe dans une alcoolisation intempestive pour laquelle il subit 6 cures de désintoxication... Instabilité professionnelle, accidents du travail, troubles caractériels, déchéance paternelle (5 enfants), divorce. Se remarie 2 ans plus tard avec cette même femme. Jalousie morbide.

- Histoire actuelle :

Admis à nouveau dans un tableau d'ivresse aigüe avec excitation psychomotrice ; sa femme épuisée demande un traitement plus efficace ! Compte-tenu de sa structure psychopathique, de l'importance des troubles caractériels, une neuroleptisation est tentée (moderate 25 mg tous les 15 jours).

- Résultats :

Sortie après 2 mois, il revient depuis accompagné de son épouse et on assiste à un ressèment des liens familiaux avec stabilisation professionnelle.

Pas d'effet secondaire.

Observation N° 42

Mr ROU... Jacques, 41 ans, marié, 2 enfants, ouvrier.

- Diagnostic : Ethylisme chronique sur fond de déséquilibre psychique.

- Antécédents :

Décès des parents alors qu'il avait 8 ans. Parisien d'origine, il épouse après son service militaire une forézienne, terrienne, pour se "placer". Il tombe dans une famille d'éthyliques; manipulé par la belle-mère il ne peut échapper à cet univers contraignant que dans l'alcool. Deux enfants à l'égard desquels il se montre assez indifférent. Hospitalisé à deux reprises après deux accidents de la route secondaires à une imprégnation éthylique on lui retire son permis de conduire pour deux ans. Sur le plan de la personnalité, vécu paranoïde (on le persécute, sa femme le trompe, les voisins lui veulent du mal...).

- Histoire actuelle :

Devant son intempérance invétérée, les conséquences auto et hétéro-agressives de son comportement on le met sous neuroleptique retard (25 mg de décanoate tous les 15 jours).

- Résultats :

Amélioration des troubles du comportement, meilleure inté-

gration dans le groupe familial où parallèlement il semble mieux toléré
Effets secondaires : légers vertiges, quelques vomissements, asthénie.

Observation N° 43

Mr DUT... Lucien, 47 ans, célibataire, milieu rural.

- Diagnostic : Psychopathe plus débilité.

- Antécédents :

Père et mère vivants, père éthylique. Un frère plus jeune.
Première hospitalisation en 1941, PO, Scolarisation impossible, récu-
péré dans son milieu aux travaux de la ferme. Instabilité psychomotrice
fugues fréquentes, impulsions violentes envers les voisins, troubles
du caractère, intolérance aux frustrations. Depuis 1941, comportement
difficile au sein du service : bris de glaces, impulsions, fréquentes
bagarres et conduite éthylique lors d'évasions multiples. Plusieurs
sorties ont été tentées dans le cadre d'un milieu rural, mais, instabi-
lité psychomotrice et ivresses pathologiques le reconduisaient chaque
fois à l'hôpital. Sous moditen depuis 1970, relativement mal toléré,
on passe au modécate (2 ampoules toutes les 3 semaines + ponalide +
néosynéphrine).

- Résultats :

Stabilisation de son comportement, travaille de façon régu-
lière à la ferme.

Pas d'effet secondaire.

Observation N° 44

Mr SUA... Jean; 45 ans, célibataire, ouvrier en mécanique.

- Diagnostic : alcoolisme chronique sur personnalité psychopathique.

- Antécédents :

Né dans une famille de cultivateurs, décès de la mère alors
qu'il était jeune, très mauvaise relation au père qu'il frappe et
violente en 1965 avec condamnation. Après le décès de son père il
cristallise son agressivité sur sa soeur avec laquelle il vit dans
la ferme familiale. Relation sadomasochiste perverse. Désintoxication
lors d'un premier séjour, il revient à trois reprises en placement
d'office après agression de sa soeur, de sa concubine, coups et bles-
sures. Entre ces périodes il travaille de façon irrégulière et se
remet à boire. Oscillation thymique.

- Histoire actuelle :

Ayant épuisé les thérapeutiques classiques (équanil, librium, espéral) on juge nécessaire de tenter une neuroleptisation retard qu'il accepte : décanoate 50 mg toutes les 3 semaines auquel on associe équanil, artane, nootrotyl.

- Résultats :

Amélioration des troubles thymo-caractériels ; meilleure relation à sa soeur ; reprise de travail depuis 4 mois.

Effets secondaires : rien à signaler.

Observation N° 45

Mr ARM... Bernard, 18 ans, célibataire, ouvrier.

- Diagnostic : Etat limite, réactions caractérielles.

- Antécédents :

Milieu d'origine rurale. Hérédité psychopathique : grand-père éthylique, violent (syndrome de Korsakow). Père éthylique, anxieux avec thymie labile. Mère états dépressifs (à la naissance de Bernard en particulier). Scolarité jusqu'au CEP perturbée (instabilité, troubles caractériels). Débute une FP de règleur qu'il ne peut achever (état dépressif) ; travaille alors à l'exploitation familiale. Aucune ouverture sur l'extérieur, fréquence des conflits familiaux (très mauvaise relation au père), oisiveté progressivement croissante. Les premiers troubles remontent à 1970 : gros conflit avec le père à l'origine de réactions caractérielles marquées, impulsivité, dysthymie, comportement hypomaniaque. Sur ce tableau bref épisode hallucinatoire nocturne. Sous nozinan, neuleptil et largactil il sort après 6 mois : vague tentative d'insertion professionnelle se soldant par un échec ; à la suite d'altercation violente avec son employeur, rentre chez lui, se bat à nouveau avec son père. Réhospitalisation. On entreprend alors un traitement à base de modécate (50 mg + 1 ampoule de Ponalide toutes les 3 semaines). En deux mois amélioration des relations dans le service, réactions thymocaractérielles moins prononcées.

- Résultats :

Compte-tenu de l'importance des conflits avec le père, la sortie ne peut encore être envisagée. On peut admettre qu'il y a eu légère amélioration sur le plan de son comportement. En échange thymie dépressive (thérapeutique anti-dépressive).

Pas d'effet secondaire.

Observation N° 46

Mr FAR... Jacques, 60 ans, marié, manoeuvre travaux publics.

- Diagnostic : Ethylisme chronique sur personnalité psychopathique.
- Antécédents :

Père cultivateur, décédé ; mère décédée d'un ictus. Pas d'antécédent psychopathique. Scolarité normale ; ouvrier agricole ; mobilisé en 1939, blessé au combat un an plus tard. C'est à partir de cette date que remonte le début de son alcoolisation. Mariage en 1945 à une femme plus jeune de 9 ans à l'égard de laquelle il se montre très jaloux, envenimant toute la relation. La première hospitalisation a lieu en 1960 : ivresse grave, bagarres avec ses voisins. De 1960 à 1971, 5 hospitalisations se succèdent au cours desquelles il présente des états d'excitation s'inscrivant dans un état d'imprégnation éthylique marqué, alternant avec des épisodes confusionnels et délirants.

- Histoire actuelle :

Il revient en 1971 dans un tableau d'ivresse confusionnelle après un malaise sur la voie publique. Conjugopathie s'aggravant. Idées délirantes : "il est le marthyr de la famille, sa femme se moque bien de ce qu'il peut faire, elle profite de sa présence à l'hôpital pour aller courir les hommes..." devant ce tableau on prescrit modécate (2 ampoules toutes les 3 semaines).

- Résultats :

Amélioration thymo-caractérielle, sortie en cours de préparation : perspective de maison de retraite, le contexte familial ne se prêtant pas à une réinsertion.

Observation N° 47

Mr MOU... Jean-Jacques, 21 ans, célibataire.

- Diagnostic : Structure psychopathique, comitialité, troubles caractériels.
- Antécédents :

Antécédents comitiaux dans la famille (grand-mère et soeur) Père et mère vivants, mère très impulsive. Enfance normale, scolarisation très médiocre en raison d'un retard intellectuel du niveau de la débilité moyenne. Première hospitalisation à l'âge de 14 ans : se présentait alors comme un gros caractériel avec labilité thymique et troubles du comportement (actes impulsifs agressifs à l'égard de

son entourage).

- Histoire actuelle :

Persistance dans le cadre du service des réactions agressives dirigées contre les plus jeunes malades conduisant à envisager une thérapeutique à base de modécate afin de permettre de diminuer considérablement son traitement antérieur.

- Résultats :

Sous modécate (2 ampoules toutes les 3 semaines), amélioration thymique, stabilité de son comportement ; cependant activité encore réduite. Une sortie en milieu protégé est prévue.

Effets secondaires : petite insomnie les jours suivant l'injection.

Observation N° 48

Mr BOU... Mohamed, célibataire, 35 ans, manœuvre.

- Diagnostic : Excès alcooliques psychopathiques, bouffée d'excitation psychomotrice. Fond de débilité mentale.

- Antécédents :

Algérien en France depuis 1959, travaille depuis cette date comme manœuvre. Depuis peu dans la Loire. Il a présenté récemment un état dépressif avec accès d'agitation secondaire à une ivresse pathologique.

- Histoire actuelle :

Rentre en hôpital psychiatrique en 1971 : état d'obnubilation et excitation ; opposant, il crie pleure avec de grandes démonstrations hystériformes. Secondairement apparition d'un tableau de somatisations multiples (algies diverses : cœur, ventre, tête, jambes) greffé sur un fond d'anxiété. Devant ces troubles du comportement, on prescrit modécate (50 mg toutes les 3 semaines) associé à de la lévomépromazine.

- Résultats :

Assez bons, malade plus calme, moins revendicatif, atténuation des plaintes hypocondriaques, moins anxieux.

Sortie 1 mois plus tard, activité professionnelle stable depuis 4 mois. Pas d'antécédent secondaire.

Observation N° 49

Mr BUR... Pierre, 34 ans, célibataire, mécanicien.

- Diagnostic : caractériel, épileptique, structure psychopathique.

- Antécédents :

Antécédents somatiques : réanimé à la naissance. Comitialité ancienne. Deuxième d'une fratrie de trois. Père effacé mais impulsif ; bonne relation à la mère. Les premiers troubles se déclarent en décembre 1967, actes impulsifs, crises d'épilepsie, thymie dépressive. Un traitement anti-épileptique est instauré il sort . Trois ans plus tard, réhospitalisation avec recrudescence des troubles caractériels, manifestations agressives à l'égard du père. Dans le service malade distant, indifférent. Il sort au bout de 2 mois, mais toutefois ne reprendra pas son travail.

- Histoire actuelle :

PO. TS par pendaison chez lui. Acting out multiples envers sa famille (tente d'étrangler sa mère sauvée de justesse par son mari). A l'entrée, malade persécuté, délirant, indifférent. On prescrit 50 mg de modécate devant cette psychotisation associé à un traitement anti-comitial.

- Résultats :

Amélioration nette du contact et du comportement sous traitement. Critique ses expériences antérieures, mais éclair de lucidité le conduisant à une impasse existentielle : il se tue par pendaison. Cet accident repose le problème de la mobilisation des défenses psychotiques sous thérapeutique incisive.

Observation N° 50

Mr GOL... Roger, 40 ans, célibataire, manutentionnaire.

- Diagnostic : structure psychopathique schizophrénisée secondairement.

- Antécédents :

Parents séparés, mère remariée. Scolarité et études médiocres. Service militaire en Algérie où apparaissent les premiers troubles : incendie la maison où son régiment campait, est alors hospitalisé à Desgenettes et réformé. Depuis, aucune relation avec sa famille. Instabilité de l'humeur avec phases de dépression prédominantes. Ethylisme surajouté. La première hospitalisation a lieu en 1966 : ivresse aiguë, excitation psychomotrice, cure de dégoût. A sa sortie sa situation familiale étant peu brillante ne facilita pas sa réinsertion professionnelle et il aboutit progressivement à un état de clochardisation. Il est réhospitalisé en 1970 dans un état d'ivresse confusionnelle suite à un malaise sur la voie publique. Très mauvais

contact, discordances, ambivalence, crainte de passage à l'acte. On prescrit alors du moditen retard, transformé en janvier en modécate associé à de l'anafranil, du nozinan.

- Résultats :

Contact amélioré, meilleure intégration dans le service, cependant la persistance d'éléments délirants de type paranoïde font réserver le pronostic. Légère amélioration. Pas d'effet secondaire.

Observation N° 51

Mr CHO... Lucien, 45 ans, ouvrier agricole, célibataire.

- Diagnostic : Structure psychopathique, alcoolisme d'appoint.

- Antécédents :

Pas d'antécédents psychopathiques familiaux, traumatisme crânien à l'âge de 7 ans. Scolarisation difficile (troubles caractériels) instabilité professionnelle par la suite. Très mauvaises relations avec ses employeurs, hostilité envers son milieu familial particulièrement rejetant. Les premiers troubles remontent à 1950 : épisode psychasthénique, accès dépressif, évasion. Il revient 3 ans plus tard dans un état d'excitation psychomotrice, ivresses pathologiques sur lesquelles se greffent des idées délirantes de persécution. Très grande labilité thymique. Aucune sortie n'a pu être envisagée jusque là du fait de l'importance des variations thymiques. S'évade à plusieurs reprises et rentre dans un état d'ivresse. Sous modécate depuis janvier 1972 il paraît plus stable en meilleure relation avec l'équipe. Une sortie est prévue dans le cadre d'un milieu rural.

- Résultats :

Satisfaisants.

Effets secondaires : tremblements cédant bien sous anti-parkinsoniens.

IV - ARRIÉRATIONS MENTALES AVEC TROUBLES CARACTÉRIELS

Observation N° 52

Mr BIO... Pierre, 31 ans, célibataire.

Diagnostic : Débilité mentale, troubles caractériels, éthylisme d'ap-point.

Antécédents :

Famille d'agriculteurs, rustres. Deuxième d'une fratrie de quatre. Querelles incessantes avec son père, impulsivité, irritabilité croissante avec les excès éthyliques, Il est hospitalisé en 1969 pour la première fois. Douze hospitalisations se succèdent jusqu'en 1971, entrecoupées de fugues ; les troubles s'estompent sous neuroleptiques, mais dès son retour en milieu familial, il cesse tout traitement et sa mère ne parvient pas à le lui imposer. C'est pourquoi on prescrit une thérapeutique retard : moditen 2 ampoules 25 mg tous les 15 jours mais apparition de troubles secondaires importants : accès catatonique, aspect figé, bave, en somme syndrome parkinsonien. C'est pourquoi en janvier 1972, on prescrit du modécate (3 ampoules toutes les 3 semaines + ponalide).

- Résultats :

A pu tenir 3 mois chez lui, sans manifestation caractérielle
Aucun effet secondaire. Résultat satisfaisant pour l'instant.

Observation N° 53 :

Mr DEM... Gérard, célibataire, 30 ans.

- Diagnostic : Séquelles d'encéphalite infantile, arriération profonde, troubles du comportement.

- Antécédents :

Parents cultivateurs, éthylisme du père. Dix frères et soeurs. Développement psychomoteur difficile, en IMP depuis l'âge de 10 ans où il présente des troubles du comportement (déchire son linge, morsures des autres garçons), qui motivent sa première hospitalisation en 1961. Il ressort 8 mois plus tard et est repris dans son milieu familial pendant 3 ans.

- Histoire actuelle :

C'est dans un tableau d'excitation psychomotrice majeure qu'il rentre à nouveau (rejet des parents). Le placement est maintenu en Hôpital psychiatrique du fait de la non coopération du milieu familial,

on assiste alors à une psychotisation secondaire en milieu asilaire. Il devient autistique, incohérent avec de fréquentes manifestations agressives pour lesquelles il subit dans un premier temps une neuroleptisation massive (6 neuroleptiques et des sédatifs). On décide alors de tout arrêter pour prescrire du modécate 4 ampoules toutes les 3 semaines.

- Résultats :

Amélioration du contact, stabilisation caractérielle et comportementale. Permissions au sein du milieu familial devenues à nouveau possibles.

Pas d'effet secondaire. Résultat satisfaisant.

Observation N° 54

Mr MOR... Gérard, célibataire, 23 ans.

- Diagnostic : Débilité mentale, troubles caractériels, fond psychopathique.

- Antécédents :

Mère déséquilibrée psychique, célibataire, éthylique. Accouchement difficile (anoxie néo-natale) 3 frères de père différent. Premier développement difficile : débilité affective avec dépendance étroite à la mère, inhibition psychomotrice. Premier placement en IMP à 7 ans, puis à 13 ans en IMPRO, où il présente un comportement instable avec fugues nombreuses avec réactions agressives et colères motivant sa première hospitalisation en 1965.

- Histoire actuelle :

TS mineure après quelques "bêtises" faites à la ferme où il était employé, les jours suivants vols et menaces de mort sur la personne de son employeur le font réhospitaliser en PO. Une expertise médico-légale conclut à l'irresponsabilité. Un traitement à base de modécate (75 mg toutes les 3 semaines) entraîne une stabilisation des éléments caractériels et lui permet une sortie 3 mois plus tard dans un milieu relativement tolérant, le prenant en charge spontanément, et coopérant avec l'équipe.

- Résultats :

Satisfaisants sur le plan clinique.

Effets secondaires : tremblements, aspect figé obligent à associer de l'artane 5 qui corrige rapidement ces phénomènes.

Observation N° 55

Mr FIN... Bernard, 40 ans, célibataire, sans profession.

- Diagnostic : Arriération mentale profonde.

- Antécédents :

Parents de milieu rural. Syphillis congénitale. Trois frères mariés. Première hospitalisation à l'âge de 12 ans : absence de langage, incontinence, agitation, incohérence. Comitialité surajoutée par la suite. Evolue en milieu psychiatrique depuis 1945 sous largactil et gardénal.

- Histoire actuelle :

Depuis 2 ans comportement instinctif désordonné, boulimie, masturbation. Impulsions agressives marquées et fréquentes. Un essai de modécate (25 mg toutes les 3 semaines) entraîne une disparition des manifestations auto et hétéro-agressives.

- Résultats :

Bons dans l'ensemble sur le plan comportemental.

Observation N° 56

Mr MAR... Robert, 28 ans, célibataire, sans profession.

- Diagnostic : Arriération mentale, troubles caractériels.

- Antécédents :

Pas d'antécédents familiaux psychopathiques, né d'une mère célibataire, placements nourriciers successifs. Dystrophie cranio-faciale Aspect acrocéphalique du crane. Hypertelorisme, oxophthalmie légère. Cardiopathie congénitale. Première hospitalisation à 14 ans : garçon ininterrogeable, à l'activité incohérente. Excitation psycho-motrice, gâtisme. Depuis 18 ans en milieu psychiatrique : fréquentes tendances agressives à l'égard des plus jeunes ; tentative d'étranglement d'un garçon à l'origine d'une énorme neuroleptisation (1500 mg...).

- Histoire actuelle :

Nouvel état d'agitation avec comportement incohérent, auto-mutilation, impulsivité. Sous modécate seul (4 ampoules tous les 15 jours son comportement se stabilise. Nous le transformons en modécate en décembre 1971.

- Résultats :

Satisfaisants dans l'ensemble.

Aucun effet secondaire.

Observation N° 57

Mr BOU... Yvon, 20 ans, célibataire.

- Diagnostic : Débilité profonde. Troubles caractériels et du comportement.

- Antécédents :

Mère éthylique, Pas d'antécédent somatique. IMP à l'âge de 8 ans ; admis en hôpital psychiatrique en 1966 pour limite d'âge du CMP. Problème d'adaptation difficile dans le service. Importance des troubles caractériels : colères clastiques, impulsivité, agressivité ; arriération affective, relation de dépendance.

- Histoire actuelle :

Recrudescence malgré une neuroleptisation sédatrice des manifestations d'excitation psychomotrice, agressivité dirigée contre un infirmier qu'il menace de son couteau, angoisse, tentative de fugue font envisager une prescription de modécate en janvier 1972 (3 ampoules toutes les 3 semaines + ponalide).

- Résultats :

Disparition des éléments caractériels, comportement stabilisé, et plus socialisé.

Aucun effet secondaire.

Observation N° 58

Mr MAE... Charles, 46 ans, célibataire, aide-familial agricole.

- Diagnostic : Arriération mentale profonde.

- Antécédents :

Milieu rural d'origine, Père décédé des suites de guerre ; mère particulièrement tolérante l'élevant et le gardant auprès d'elle jusqu'en 1970. Aucune scolarisation, aucun placement en milieu spécialisé. Le comportement du garçon s'aggravant, la mère fatiguée et âgée expliquent cette hospitalisation. A l'entrée, débilité mentale profonde, instabilité psychomotrice, nanisme, idiotie, mutisme, troubles des conduites instinctuelles et excrémentielles, turbulence. Dans le service état d'agitation, réactions agressives envers d'autres malades, impulsions violentes font envisager une thérapeutique à base de décanoate (3 ampoules toutes les 3 semaines).

- Résultats :

Comportement moins instable. Pas d'effet secondaire.

Observation N° 59

Mr CHA... Etienne, 60 ans, marié, métallurgiste.

- Diagnostic : Détérioration mentale précoce post-éthylique.

- Antécédents :

Père décédé des suites de guerre, éthylique. Mère décédée, éthylisme. Scolarité normale, se marie à 19 ans, conduite éthylique remontant à cette période. Première hospitalisation en 1960 : affaiblissement intellectuel chez cet éthylique de vieille date (syndrome paralytique), troubles caractériels associés. Depuis le début de son hospitalisation, se détériore progressivement : fabulation, désorientation temporo-spatiale, actes violents. Sous modécate depuis 6 mois, comportement plus calme.

- Résultats :

Stabilisation des réactions agressives. Pas d'effet secondaire.

Observation N° 60

Mr ALV... Armand, 37 ans, célibataire.

- Diagnostic : Arriération mentale profonde.

- Antécédents :

Né de mère célibataire, abandonné à l'assistance publique et placé dès l'âge de 15 ans en hôpital psychiatrique : développement psychomoteur très limité, aucune acquisition intellectuelle, arriération affective, troubles des conduites instinctuelles (boulimie) et sphinctériennes.

- Histoire actuelle :

Etat d'agitation aiguë en 1971 avec impulsivité et violences à l'égard des autres malades. Sous modécate (3 ampoules toutes les 3 semaines) atténuation des symptômes.

Pas d'effet secondaire.

- Résultats :

Satisfaisants.

CHAPITRE V : RESULTATS CLINIQUES

- GENERALITES. EXPLOITATION DES RESULTATS

Nous avons déjà présenté les résultats cliniques que nous avons obtenus à propos de chaque observation. Nous avons également signalé le cas échéant les effets plus spécifiques obtenus chez tel ou tel sujet.

Les indications de traitement par le décanoate de fluphénazine ont été le plus souvent posées en fonction des problèmes particulièrement difficiles soulevés par la personnalité de certains malades. Ces difficultés tenaient non seulement à l'importance des troubles observés, mais surtout aux obstacles nombreux que l'on devait être amené à lever en vue d'aboutir à une réadaptation familiale, professionnelle et sociale aussi satisfaisante que possible. Dans certains cas, la prescription a été décidée après de longues années de chronicité hospitalière, dans le but d'entrevoir enfin des perspectives raisonnables de sortie. Pour ces raisons, l'appréciation clinique des résultats reste difficile à systématiser. Cependant, on peut en se limitant aux seuls effets observés chez le malade les classer en deux rubriques : appréciation qualitative et globale des résultats ; appréciation des effets secondaires.

1° Appréciation qualitative des résultats :

Premier tableau : nous différencions trois catégories de résultats répartis ainsi :

Première colonne : amélioration importante, impliquant une modification profonde du malade avec réduction des phénomènes psychotiques, normalisation du comportement en général objectivés par la sortie et une bonne sociabilité.

Deuxième colonne : amélioration légère : résultats partiels et parfois longs à obtenir ne permettant pas la sortie ou la reprise d'une activité normale.

Troisième colonne : résultats nuls ; rubrique qui englobe l'absence de résultats ou un résultat insuffisant pour pouvoir en tenir compte, ou encore un résultat franchement péjoratif.

Diagnostic	Amélioration Importante	Amélioration légère	Résultats nuls ou négatifs
Schizophrénies Hébéphréno- catatoniques	Nº 1. 2.3.4.5.7.9. 10.11.13.15.	Nº 6.8.12. 16.18.	Nº 14. 17.
Schizophrénies paranoïdes	Nº 19.20.21.23. 24.25.26.27. 28.29.30.	Nº 22.31.	
Schizophrénies avec troubles cyclo-thymiques	Nº 32.		
Délires chroniques	Nº 33.34.35.36. 37.38.39.		
Psychopathes	Nº 40.41.42.45. 46.47.48.51	Nº 43.44.50.	Nº 49.(suicide)
Arriérations mentales	Nº 52.53.54.55. 56.57.59.60.	Nº 58.	

Etude analytique des résultats

De cette étude, il ressort que l'application du décanoate est sensiblement identique à celle de la fluphénazine.

Les symptômes les plus influencés favorablement sont l'activité et la productivité délirante ; l'action sur le délire est plus facile à percevoir chez les malades paranoïdes tant chez les schizophréniques avec éléments paranoïdes et délirants, que chez les délirants chroniques.

Tout aussi satisfaisante est l'action sur le processus ou noyau psychotique: les symptômes schizophréniques primaires paraissent bien influencés: action sur la désorganisation affective, sur l'athymormie et l'apathie ; réactions affectives plus adaptées, disparition des attitudes d'opposition, de négativisme ; action sur le processus dissociatif : normalisation du cours de la pensée, suppression des barrages, pensée plus fluide ; en somme le comportement autistique qui résulte de cet ensemble de troubles disparaît progressivement. C'est dans les indications de schizophrénies hébéphréno-catatoniques que nous avons observé ce type de résultats. Cette amélioration du contact avec autrui nous a rendu l'approche psychologique de ces malades plus aisée. Des sujets inactifs

depuis longtemps ont pu reprendre une activité intra-hospitalière; et certains d'entre eux ont retrouvé un degré de socialisation leur permettant de quitter l'hôpital.

Enfin, nous avons observé des résultats fort intéressants sur la symptomatologie comportementale : sur l'agitation, l'agressivité, et les dysharmonies caractérielles observées chez des sujets à structure psychopathique ou chez des arriérés mentaux.

2° Tolérance. Effets secondaires. Etude comparative avec l'onéanthate de fluphénazine.

Nous avons rapporté les effets secondaires quand ils existaient à propos de chaque observation et avons eu ce problème présent à l'esprit tout le temps de notre travail. Le tableau récapitulatif suivant nous permet d'observer l'excellente tolérance du décanoate.

Effets secondaires neurologiques	Effets secondaires psychiques	Effets secondaires généraux
<u>Effets précoces :</u>	<u>Bouffées anxieuses</u>	<u>Asthénie précoce</u>
- excito-moteurs : N° 5. 8.	- impulsion suicidaire : N° 14	N° 1.10.34.38.44
- dysesthésiques : N° 22	- suicide : N° 49	
<u>Effets tardifs</u>	<u>Réactivation délirante</u>	<u>Vertiges :</u>
- syndrome parkinsonien: N° 28. 37.51.54.	N° 17	N° 42.44.
		<u>Vomissements :</u> N° 42.

Absence d'effets secondaires. Excellente tolérance :

N° 2.3.4.6.7.9. 11. 12.13.15.16.18.19.20.21.23.24.25.26.27.29.30.
31.32.35.36.39.40.41.43.45.46.47.48.50.52.53.55.56.57.58.59.60.

Dans le tableau suivant, nous allons comparer tant sur le plan des résultats que sur le plan des effets secondaires l'onéanthate de fluphénazine et le décanoate de fluphénazine prescrits en continuité.

Troisième tableau comparatif

	Onéanthate de fluphénazine	Décanoate de fluphénazine
Résultats Cliniques	N° 4 : +++ N° 6 : ++ N° 19: + N° 26: ++ N° 29: +++ N° 33: +++ N° 40: +++ N° 18: +++ N° 43: +++ N° 46: +++ N° 52: +++ N° 56: +++	N° 4 : +++ N° 6 : ++ N° 19: +++ N° 26: +++ N° 29: +++ N° 33: +++ N° 40: +++ N° 18: +++ N° 43: +++ N° 46: +++ N° 52: +++ N° 56: +++
Effets secondaires	N° 4 : +++ N° 6 : +++ N° 19: ++ N° 26: ++ N° 29: 0 N° 33: +++ N° 40: ++ N° 43: ++ N° 46: + N° 52: +++ N° 56: +	N° 4 : 0 N° 6 : 0 N° 19: 0 N° 26: 0 N° 29: 0 N° 33: 0 N° 40: 0 N° 43: 0 N° 46: + N° 52: 0 N° 56: 0

Bien que le décanoate ait les mêmes propriétés thérapeutiques, la tolérance neurologique de ce dernier est très supérieure à celle de l'onéanthate : des effets excito-moteurs et dysesthésiques n'ont été observés que très rarement (N° 5. 8. 22.) et ils étaient alors de correction facile. Quelques troubles neurologiques d'apparition tardive ont été parfois au cours de la deuxième quinzaine : troubles moteurs plus ou moins marqués, raideurs, tremblements de type parkinsonien. Mais le parkinsonisme était parfois si rare que nous avons pu au cours du traitement ne pas donner des anti-parkinsoniens systématiquement mais au contraire, l'attendre que les symptômes apparaissent.

Sur le plan des effets secondaires généraux, une asthénie avec somnolence diurne a pu être observée dans 5 cas, quelques heures après l'injection. Pas de chute tensionnelle, pas de prise pondérale.

Sur le plan des effets secondaires de type psychique, nous avons observé à deux reprises une mobilisation des défenses psychotiques telle qu'une libération brutale de l'anxiété psychotique était à l'origine d'actes impulsifs auto-destructeurs. Parallèlement et dans le même ordre d'idées, réactivation de l'activité délirante.

En somme, et pour conclure, on retiendra l'excellente tolérance du décanoate de fluphénazine avec lequel, sur 60 observations de malades, 44 n'ont présenté aucun effet secondaire de quelque type que ce soit ; ce qui représente un remarquable avantage par rapport à l'onéanthate de fluphénazine.

CHAPITRE VI

ETUDE PHENOMENOLOGIQUE DE LA MEDICATION RETARD

I - FONCTION. POUVOIR. ROLE DU MEDICAMENT : "LE MEDICATEUR"

Bien que les médications en pratique psychiatrique soient de plus en plus objets de controverse, il apparaît que nos formes d'institution actuelles ne nous permettent pas de nous passer d'une intervention médicamenteuse. Il importe de situer leur place dans le cadre institutionnel et de secteur par rapport aux autres formes de prise en charge.

La pratique chimiothérapique se situe sur un plan de réalités courantes dans lequel le soulagement thérapeutique entre en ligne de compte et permet bien souvent d'accéder à un autre type de thérapie, tout particulièrement la psychothérapie qui se base sur l'interprétation des contenus et des vécus, mais aussi la pratique institutionnelle proprement dite et la sociothérapie. Ainsi les actions conjointes et complémentaires permettent d'atteindre l'Homme Malade et son Groupe de façon pluridimensionnelle.

Mieux connaître les effets pharmacodynamiques des drogues, c'est pouvoir les utiliser non pas au hasard, non pas en vertu d'un diagnostic souvent peu significatif, mais en fonction des altérations subies par le psychisme du malade à un moment donné de son histoire. Tout produit ordonné présente outre son effet pharmacodynamique un effet non spécifique, psychologique (les expériences placebo en sont la preuve). Le médicament est souvent un lieu de projection positif ou négatif des malades et des soignants. Il est investi de la signification, du pouvoir et de la fonction de bon ou de mauvais objet. Outre sa fonction propre il est investi de tout ce qui ne s'adresse pas au partenaire tout en lui étant destiné. Une part majeure des besoins, des pulsions et des défenses du partenaire se trouve engagée et enfermée dans le médicament et ce qu'il représente. Tantôt au service de la défense contre la verbalisation ou l'expression des affects, tantôt au service du rapprochement relationnel avec le thérapeute, tantôt nourrissage oral passif, tantôt moyen d'agression détourné, vecteur alors de conflits significatifs.

II- PROBLEMES POSES PAR LES THERAPEUTIQUES MOBILISATRICES A EFFET RETARD EN PRATIQUE INSTITUTIONNELLE ET DE SECTEUR.

1^o En psychiatrie, les principaux médicaments neuroleptiques "amortissent" et "rabortent" le plus souvent le psychisme ce qui peut conduire à une dénégaration de la personne du malade. Par contre, la plupart des médications trifluorées dont les effets incisifs entraînent une mobilisation et une dynamisation du psychisme ce qui n'est pas sans poser parfois certains problèmes. En effet, stimuler le psychisme c'est nécessairement atteindre les mécanismes défensifs en place et les bouleverser, parfois dans le sens d'une dynamisation véritable au profit d'une meilleure insertion dans la réalité, mais parfois aussi le bouleversement observé est tel qu'on assiste à une mise à jour des traumatismes anciens avec bien souvent réactivation de l'activité délirante, parfois enfin à une mise à jour de l'angoisse existentielle avec les risques auto et hétéro-destructeurs qu'elle comporte.

2^o Médication retard au sein de l'équipe soignante, des soignés et de leur famille.

- aspects positifs :

Dans le contexte institutionnel, donner quotidiennement à un malade un médicament représente une contrainte à la fois d'ordre pratique et d'ordre psychologique. Ce "lien médicament", bien que s'inscrivant dans la relation objectale est un lien de dépendance réciproque malades soignants. La thérapeutique retard permet une mise à distance relative de ces problèmes.

D'autre part, il arrive que l'on assiste à une fixation collective au médicament, les échanges ne se faisant plus qu'à travers et à propos du médicament, objet devenu central adoré et adulé, autour duquel prescripteur et utilisateur ne sont plus que des satellites ; on assiste alors au culte rituel, collectif, obligatoire du médicament. Avec l'espacement des injections la médication retard permet d'éviter de tomber dans de telles situations, ne cristallisant plus à elle seule les attentions de tous, permettant ainsi une plus grande disponibilité des uns et des autres, l'intérêt étant alors centré sur une prise en charge de type relationnelle.

Nous n'insisterons pas sur les problèmes d'application thérapeutique, à savoir commodité des soins évidente pour tous.

En pratique de secteur la thérapeutique retard permet outre de s'assurer de la continuité des prises de traitement, de voir le groupe familial ne plus centrer le discours de la post-cure sur les prises de traitement, mais d'assister chez lui à de nouvelles possibilités de remise en question.

- aspects négatifs :

La médication retard voit naître des contre-parties et peut se discuter essentiellement à deux niveaux :

- . injecter pour 3 semaines une drogue à un malade chez qui la relation aux médicaments était jusque là problématique n'est pas sans porter atteinte à la liberté de sa démarche. Seuls ici sont entendus les discours de la famille ou de la société...

- . par ailleurs nous l'avons déjà dit le médicament peut être vécu comme bon ou mauvais objet. Dans ce dernier cas, l'injection du médicament avec tout ce qu'elle comporte d'actions sadisantes pour le malade, ne peut que confirmer ses vues et, qui plus est, le malade n'a alors aucune possibilité d'action pendant 3 semaines sur ce mauvais objet intériorisé (impossibilité de refuser le médicament).

C'est donc avec prudence et de façon très judicieuse que l'on devra envisager une telle thérapeutique et surtout avec l'accord entier du malade.

CONCLUSION

Le décanoate de fluphénazine est un neuroleptique majeur, dérivé de la phénothiazine.

Nous avons étudié son action sur des maladies mentales très diverses sur le plan nosographique dans le cadre du milieu hospitalier, et du secteur psychiatrique.

Il nous a paru intéressant de rappeler les propriétés physico-chimiques et pharmacologiques, les effets thérapeutiques, les indications et les effets secondaires de la fluphénazine, neuroleptique situé à droite dans la classification de LAMBERT et REVOL.

Le dérivé retard de ce produit qui fait l'objet même de notre étude a une action thérapeutique voisine de la fluphénazine et de son premier dérivé retard l'oneanthate, à savoir : action antipsychotique, antidissociative, antiautistique, action stimulante, hormone analeptique et antiathymormique. Il en diffère cependant, et c'est là tout son intérêt par sa remarquable tolérance, et par son petit nombre d'effets secondaires. Seuls sont observés parfois quelques troubles neurologiques tardifs de la série parkinsonienne.

Les doses employées dans notre étude vont de 25 à 200 mg, administrées en injection intramusculaire profonde toutes les 2, 3 ou 4 semaines selon la rapidité de métabolisation individuelle. Mais d'une manière générale l'espacement entre les injections est plus grand qu'avec l'onéanthate.

Les indications essentielles portent sur les psychoses chroniques : schizophrénie dans toutes ses formes, délires chroniques et troubles cyclo-thymiques, mais elles s'étendent en raison de la parfaite tolérance du produit aux états psychopathiques et tout particulièrement aux éthyliques, aux états limites, enfin aux états d'arriération mentale avec composante caractérielle.

Le champ d'action du décanoate s'inscrit donc entre la pratique hospitalière et la pratique de secteur où l'intérêt de la forme retard n'est réel que s'il existe une structure organisée et coordonnée pour permettre l'application judicieuse de cette thérapeutique.

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Le Président de la Thèse :
Paul GIRARD - Vu, le Directeur de l'U.E.R.
Sud-Ouest : Pr. TOLOT | <ul style="list-style-type: none"> -Vu et permis d'imprimer le 19 JUIN 1972 -Le Président de l'université Cl.Bernard
Pour le Président, le Premier Vice Président
Président du Comité de Coordination des
Etudes Médicales : Pr TOURAINE. |
|--|---|



B I B L I O G R A P H I E

ARNOLD O. H., COLLARD J., DENIKER P., GINESTET D., HIPPIUS H.,
ITIL T.M., LABHARDT F., LEEDS A.A., MONTANINI, MOROZOV G., SIMON P.
and VILLENEUVE A.

Definition and classification of neuroleptics

In : The Neuroleptics, chap. IX, pp. 141-147

BOBON D.P., JANSSEN P.A.J. and BOBON J.

Vol. Ed., Modern Problems of Pharmacopsychiatry

FREYHAN F.A., PETRILOWITSCH N. and PICHOT P.

Series Ed., S. Karger, Basel, Publ. 1970

AYD F. J. Jr.

Fluphenazine enanthate

Int. Drug Therapy Newsletter 1966, 1, n° 10

AYD F.J. Jr.

Intramuscular fluphenazine-induced depression

Int. Drug Therapy Newsletter, 1969, 4, 38-39.

AYD F.J. Jr.

Fluphenazine decanoate. Another long-acting injectable phenothiazine
neuroleptic.

Int. Drug Therapy Newsletter, 1970, 5, 13-16

AYD F.J. Jr.

Phenothiazine- induced agranulocytosis : the "at risk patient".

Int. Drug Therapy Newsletter, 1969, 4, 13-20

BALVET P.

Les facteurs psychothérapiques de la prescription médicamenteuse en
psychiatrie

Les cahiers du "Triangle", 1964, vol. 1, n° 2, pp. 27-31

BALVET P.

Ebauche pour une histoire de la thérapeutique psychiatrique contempo-
raine, compte-rendu de la journée d'entretiens psychiatriques du

23 Mai 1964 : Relation Médecin-Malade au cours de chimiothérapie :
pp 58-82 (Mass. ed.)

BARO F., DOM R. and VAN LOMMEL R.

Clinical evaluation of the weekly oral administration of R 1634I to chronic psychotic patients.

BOISSIER J.R., SIMON P., LAROUSSE C. and FICHELE J.

Long-lasting effect of enanthate and decanoate of fluphenazine in mice and rats.

DANIEL G.R.

The clinical assessment of long-acting tranquilizers.

DEGWITS R., HEUSHGEM C., HOLLISTER L.E., JACOB J. , JULOU L., LAMBERT P.A., MARSBOOM R., MEIERRUGE W., SCHAPER W.K.A. and TUCHMANN-DUPLESSIS H.C.

Toxicity and side-effects in man and in the laboratory animal.
In: The Neuroleptics, chap. IV, pp. 71-84

BOBON D.P., JANSSEN P.A.J. and BOBON J.

Vol. Ed., Modern Problems of Pharmacopsychiatry

FREYHAN F.A., PETRILOWITSCH N. and PICHOT P.

Series Ed., S. Karger, Basel, Publ. 1970.

DELAY J. et DENIKER P.

Methodes chimio-thérapiques en psychiatrie.

Masson éd., Paris.

DELAY J., DENIKER P., LEMPERIERE T., FELINE T., PERON-MAGNAN P., GINESTET D. and COLONNA A.

A long-acting piperidinic phenothiazine, the 19. 551 R.P.

DEL GIUDICE J., OKUN R. and CLARK W.G.

Recidivism with long-acting fluphenazine

EBERT A.G. and HESS S.M.

The distribution and metabolism of fluphenazine enanthate.

J. Pharmacol., 1965, 148, 412-421

FORREST F.M., GEITER C.W., SNOW H.L. and STEINBACH M.

Drug maintenance problems of rehabilitated mental patients : the current drug dosage "Merry-Go-Round".

Amer. J. Psychiat., 1964, 121, 33-40.

FOUKS L.

Considérations sur les neuroleptiques retard.

FRANKS K.F.

The prolonged inhibition of the conditioned avoidance response in rats and mice after depot injection of flupenthixol decanoate in Viscoleur.

GAYRAL L., OULES J., GRANDMONTAGNE M.O. et ESCANDE M.

Contribution à l'étude des neuroleptiques à action prolongée.

GOTTFRIES C.G.

Clinical trial with flupenthixol decanoate in schizophrenic psychoses.

GRANDEAU C.

Contribution à l'étude des problèmes posés par le passage d'une thérapeutique orale à une thérapeutique retard dans les psychoses schizophréniques.

Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon le II Décembre 1968.

HAASE H.J., KNAACK M. et MOHR W.

Erfahrungen mit dem langzeit-Neuroleptikum Fluspirilene unter besonderer Berücksichtigung der ambulanten Nachbehandlung Schizophrener.

JULOU L., LAFFARGUE B., DUCROT R., BARDONE M.C. and GARRET C.

Pharmacological study of 3-dimethyl-sulfamoyl-10 (4-hydroxyethyl-peridinoprop-3-yl) phenothiazine (I9366 R.P.) and its palmitic ester (I9552 R.P.), a long-acting injectable neuroleptic.

KOUPERNIK C.

Intervention au Colloque sur les effets secondaires des neuroleptiques en Juin 1969 à Versailles.

Compte-rendu dans le Concours médical du 4 Octobre 1969.

pp. 6931-6938

KUGENER E.

Contribution à l'étude des neuroleptiques à action prolongée.

Thèse Paris 1969.

LAMBERT P.A.

Long-acting antipsychotic agents. Notes on a five year long study.

LAPOLLA A.

Summary of two studies in two long-acting phenothiaenes.

PARKES C.M. and BROWN G.W.

The general practitioner and the schizophrenic patient.

Brit. Med. J., 1962, 1, 972-976

PICHOT P.

Echelles d'appréciation et tests mentaux en psychopharmacologie clinique.

In : Modern Problems of Pharmacopsychiatry, vol. 1, Clinical Psychopharmacology, pp. 138-153

PUEC J., ROBIN Ch., BONNAFOUS J.P., PREVOST J. et DESPRES F.

Problème de l'expérience thérapeutique.

Les difficultés d'appréciation de la valeur objective d'un médicament. Encéphale, 53, pp. 627-641, 1964.

FREYHAN F.A., PETRILOWITSCH N. and PICHOT P.

Ed., S. Karger, Basel, 1968.

RACAMIER PC., CARRETIER L.

Relation psychothérapique et relation médicamenteuse dans l'institution psychiatrique.

La relation médecin-malade au cours des chimiothérapies psychiatriques - compte-rendu de la Journée d'Entretiens Psychiatriques du 23 Mai 1964, pp. 58-82 (Masson Edit.)

REVOL L.

Reflexion sur quelques contingences concernant le médicament.

Actualité Thérapeutique Psychiatrique, 2ème série, Masson éditeur.

SHEPHERD M., LADER M. and LADER S.

Central nervous system depressant drugs,

Chap. II, pp. 51-93

In : Side effects of drugs, vol. VI

MEYLER L. and HERXHEIMER A.

Ed., The Williams and Wilkins Co, Baltimore and Excerpta Médica Foundation, Amsterdam, Publ., 1968.

SUTTER J. M., DEBRIE M.L., SCOTTO J.C. et POISSON D.

Syndrome mésodiencephalique et traitement neuroleptique prolongé.

A propos d'une observation.

Bull. Soc. Psychiat. Marseille et S.E. Médit., 5e année, 1965-66 n° 10, 57-63.

SUTTER J.M., DEBRIE M.L., SCOTTO J.C. et TRUPHEME R.

Nouvelle observation de syndrome mésodiencephalique au cours d'un traitement neuroleptique prolongé.

Bull. Soc. Psychiat. Marseille et S.E. Médit., 6e année, 1966-67
n° 11, 59-62.

ULETT G.A., ITIL A., KESKINER A. and HAN H.

The effect of fluphenazine decanoate and enanthate on digital computer analyzed E.E.G.

VAN LOMMEL R., DOM R. and BARO F.

Interaction between neuroleptic therapy and sociotherapeutic approach. An investigation with penfluridol and haloperidol.

VILLENEUVE A., DOGAN K., LACHANCE R. and PROULX C.

A controlled study of fluspirilene in chronic schizophrenia
Curr. Ther. Res. 1970, 12, 819-827.

VILLENEUVE A.

Classification des médicaments psychotropes, nosologiques et échelles d'appréciation.

Canad. Psychiat. Ass. J., 1970, 15, 205-213.

VILLENEUVE A., GAGNON A. et DESCHAMBAULT M.

Les effets du sevrage des neuroleptiques chez les malades psychiatriques.

Laval Médical, 1970, 41, 512-521.

WILCOX D.R.C., GILLAN R. and HARE E.H.

Do psychiatric outpatients take their drugs ?

Brit. Med.J., 1965, 2, 790-792.

RESUME

Le décanoate de fluphénazine est un neuroleptique majeur dérivé trifluorométhylé et pipéraziné de la phénothiazine. De même que l'onéanthate c'est un neuroleptique à action prolongée, mais permettant un plus grand espacement des injections. Les propriétés pharmacodynamiques et thérapeutiques sont celles de la fluphénazine, en particulier les propriétés antipsychotiques ainsi que les propriétés stimulantes, hormoanaleptiques et antiathymormiques. C'est un neuroleptique majeur, polyvalent, incisif et à action prolongée.

Si les effets thérapeutiques sont très proches de la fluphénazine et de l'onéanthate les effets secondaires sont beaucoup plus voisins des effets secondaires des neuroleptiques sédatifs que des effets secondaires des neuroleptiques majeurs incisifs. Le décanoate est presque aussi maniable qu'un neuroleptique sédatif : la dépression consécutive à l'injection est peu marquée, les effets secondaires sont plutôt des effets secondaires tardifs de la série parkinsonienne. Les effets précoces de type dysesthésique et excitomoteur sont plus rares et peu importants. La tolérance générale et la tolérance locale est accrue par rapport à l'onéanthate. Il peut être associé à des neuroleptiques sédatifs et à d'autres psychotropes tranquillisants et anti-dépresseurs.

Nous avons étudié son action sur des maladies mentales très diverses sur le plan nosographique. Notre travail a porté sur 60 observations de malades en milieu hospitalier ou en ambulatoire dans le cadre de la post-cure. Le décanoate apparaît être le traitement de choix des psychoses chroniques : schizophrénies et délires chroniques. Selon la gravité de la psychose la posologie varie de 25 à 200 mg par injection, et l'intervalle varie de 2 à 4 semaines. Comme toute thérapeutique mobilisatrice, le décanoate entraîne une mobilisation des défenses psychotiques avec réactivation de l'angoisse existentielle et le risque qu'elle comporte. L'extension des indications du décanoate englobe les psychopathies et les états d'arriération avec troubles thymo-caractériels.

En outre le décanoate supprime l'assujettissement à un traitement oral et quotidien, il permet d'assurer la continuité

thérapeutique chez des malades qui arrêtent leur traitement et présentent des rechutes renouvelées et parfois dramatiques.

En raison de sa parfaite maniabilité, de sa tolérance et de son efficacité, le décanoate facilite la pratique psychiatrique hospitalière et de secteur et permet de ce fait de centrer son action sur une prise en charge psychothérapeutique et relationnelle.

CHAPITRE I : Introduction

CHAPITRE II : Etude pharmacodynamique

I- La fluphénazine

A- Caractères physico-chimiques

B- Etude toxicologique et pharmacologique

C- Indications thérapeutiques. Posologie. Présentation
Mode d'administration

D- Effets secondaires

II- Les dérivés retards de la fluphénazine :

Moditen et Modecate

A- Propriétés physico-chimiques et métaboliques du
décanoate.

B- Toxicologie du décanoate

C- Pharmacologie du décanoate

III- L'action clinique du décanoate de fluphénazine.

CHAPITRE III : Les conditions de notre utilisation.

CHAPITRE IV : Nos constatations à propos de 60 observations.

I- Les schizophrénies :

A- schizophrénies hébéphréno-catatoniques

B- schizophrénies paranoïdes

C- schizophrénies avec troubles cyclothymiques

II- Les délires chroniques :

III- Les troubles du caractère et du comportement.

A- chez les psychopathes

B- chez les arriérés mentaux.

CHAPITRE V : Résultats cliniques

GENERALITE

1° Appréciation qualitative des résultats et étude analytique

2° Tolérance. Effets secondaires.

CHAPITRE VI : Etude phénoménologique du médicament retard.

I- Fonction. Pouvoir. Rôle du médicament : "le médicateur".

II- Problèmes posés par le médicament retard dans le cadre
institutionnel et de secteur.

CONCLUSION.

BIBLIOGRAPHIE.

RESUME.

